

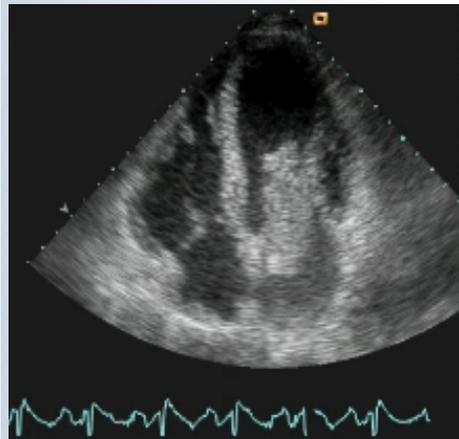
ECHOSUD



L'Oreillette Gauche Masses / Thrombis

Dr Mocerì Pamela

20 Mai 2014



Masses atriales: Position du problème

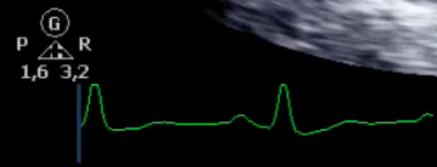
- Qu'est-ce que c'est ?
 - Tumeur ? Thrombus ? Végétation ?
- Diagnostic différentiel parfois difficile
- Intérêt du contexte
- Echo, mais imagerie en général .. TDM, IRM

Patiente de 62ans

- Adressée pour dyspnée et palpitations
- ECG sans particularité
- Holter ECG :
 - FA paroxystique

CARDIO ADI
S5-1
31Hz
15cm

2D
HGén
Gn 18
C 50
3/2/0
75 mm/s



102 bpm

HPén

G
P R
1,4 2,8

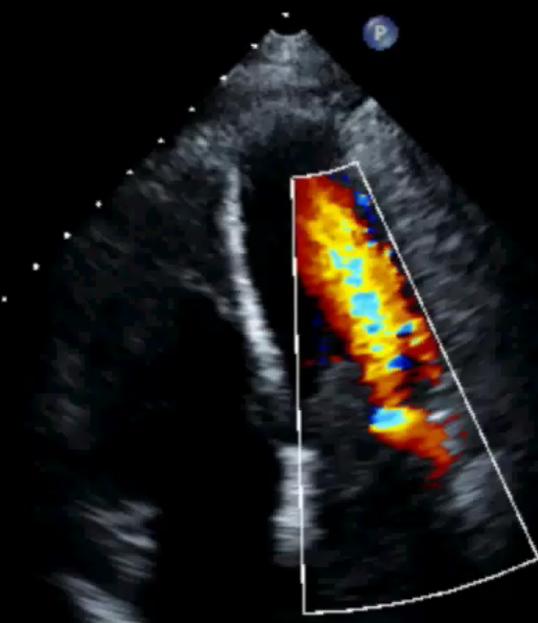
JPEG

84 bpm

CI 24Hz
17cm

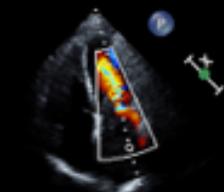
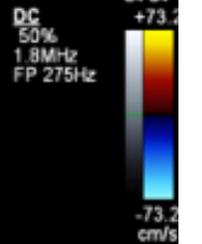
2D
57%
C 54
P Bas
HPen

Coul
68%
2.5MHz
FP Haut
Moy

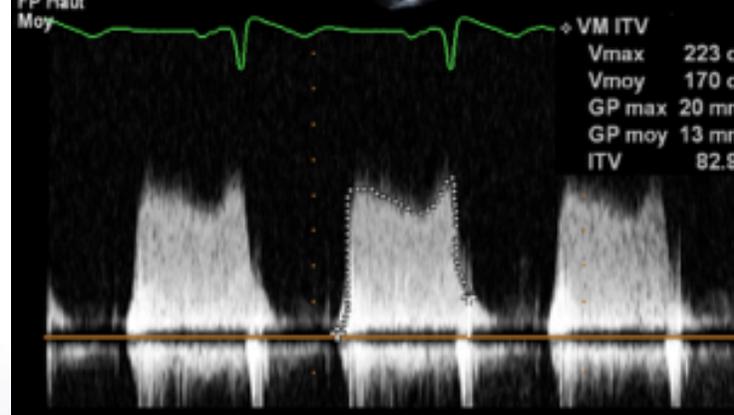


CI 24Hz
17cm

2D
57%
C 54
P Bas
HPen
Coul
68%
2.5MHz
FP Haut
Moy



VM ITV
Vmax 223 cm/s
Vmoy 170 cm/s
GP max 20 mmHg
GP moy 13 mmHg
ITV 82.9 cm



75mm/s

77bpm

A ce stade, que proposez vous ?

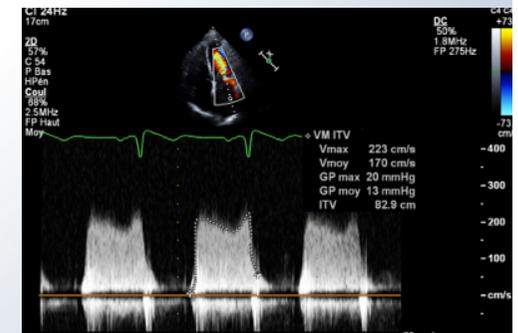
1. Aucun examen complémentaire, chirurgie d'emblée
2. ETO seule puis avis chirurgical
3. ETO + IRM pour caractériser la masse et avis chirurgical
4. IRM seule et avis chirurgical

A ce stade, que proposez vous ?

1. Aucun examen complémentaire, chirurgie d'emblée
2. ETO seule puis avis chirurgical
3. ETO + IRM pour caractériser la masse et avis chirurgical
4. IRM seule et avis chirurgical

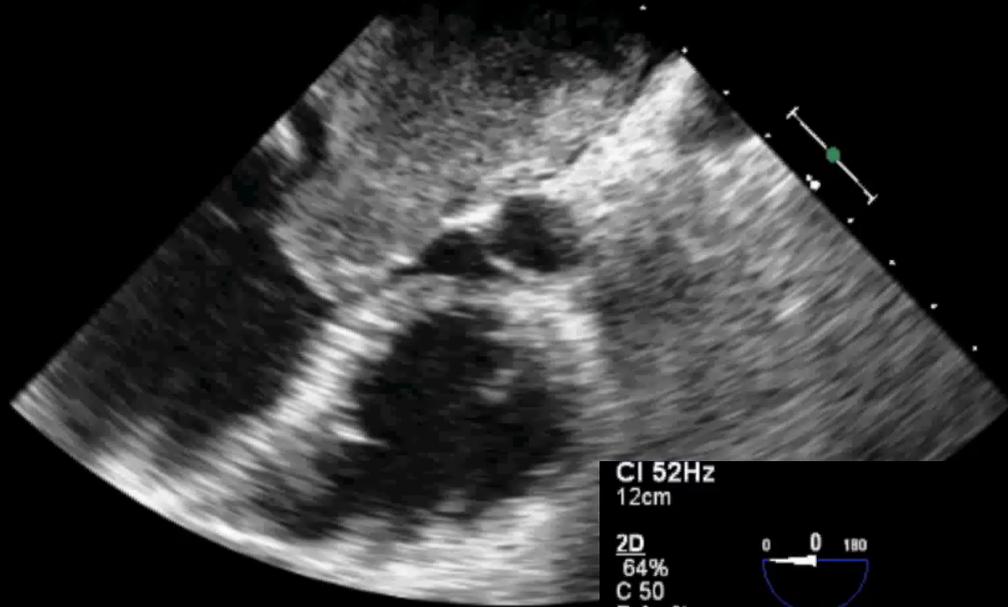
Ce que l'on a choisi

Ce que l'on peut discuter



CI 52Hz
12cm

2D
64%
C 50
P Arrêt
Gén



C4

CI 52Hz
12cm

2D
64%
C 50
P Arrêt
Gén

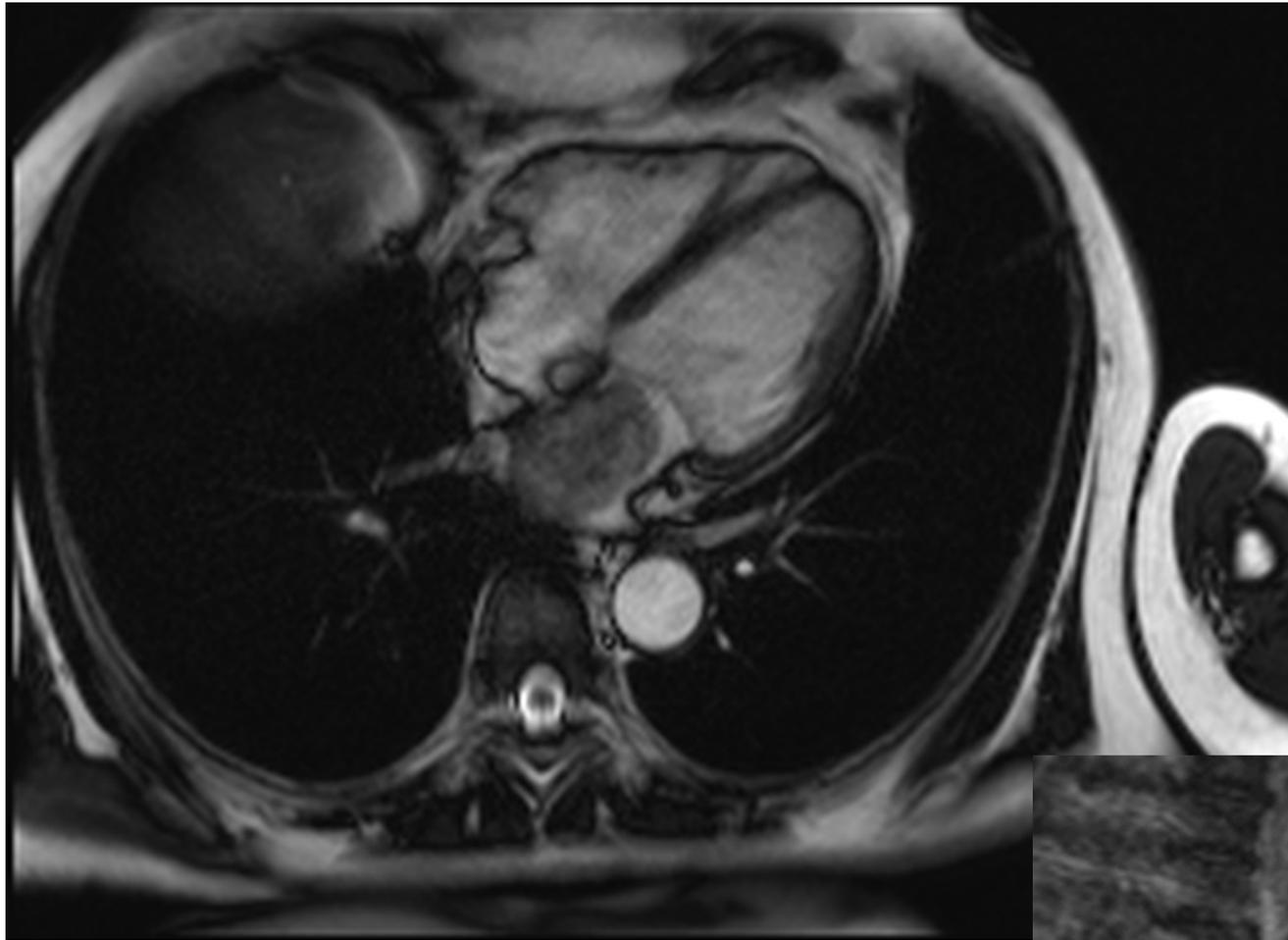


C4

JPEG

T PAT: 37.0C

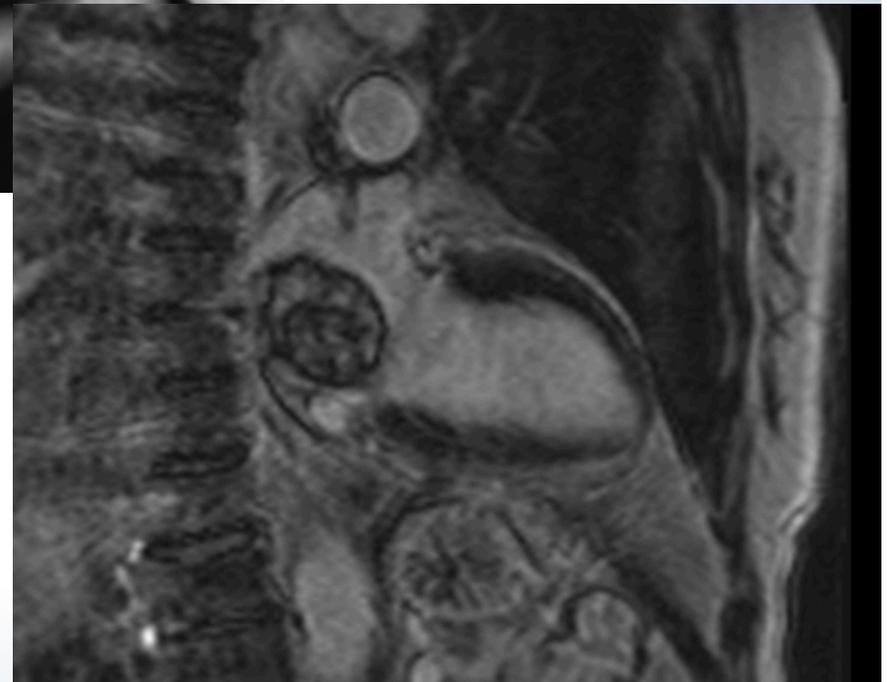
107 bp



T1



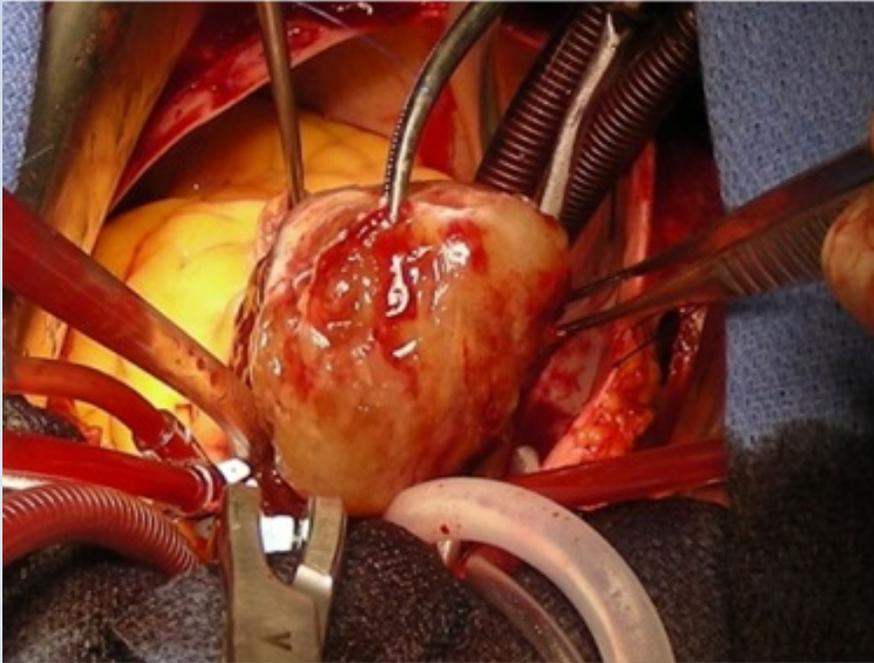
Rehaussement tardif



L'imagerie est plutôt en faveur ..

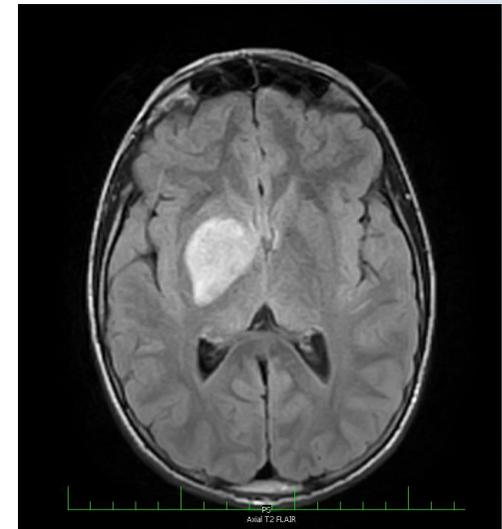
1. d'attendre l'histopathologie de la pièce opératoire
2. Myxome de l'OG
3. Lipome
4. Thrombus
5. Aucun des éléments ci-dessus

Myxome



Enfant RM, 12 ans

- Bilan de céphalées, découverte d'une tumeur cérébrale



OBNI

- OBNI / lésion à priori de type gliale
- Adressé pour recherche de tumeur cardiaque

CI 55Hz
12cm

2D
79%
C 50
P Arrêt
HGén



C3

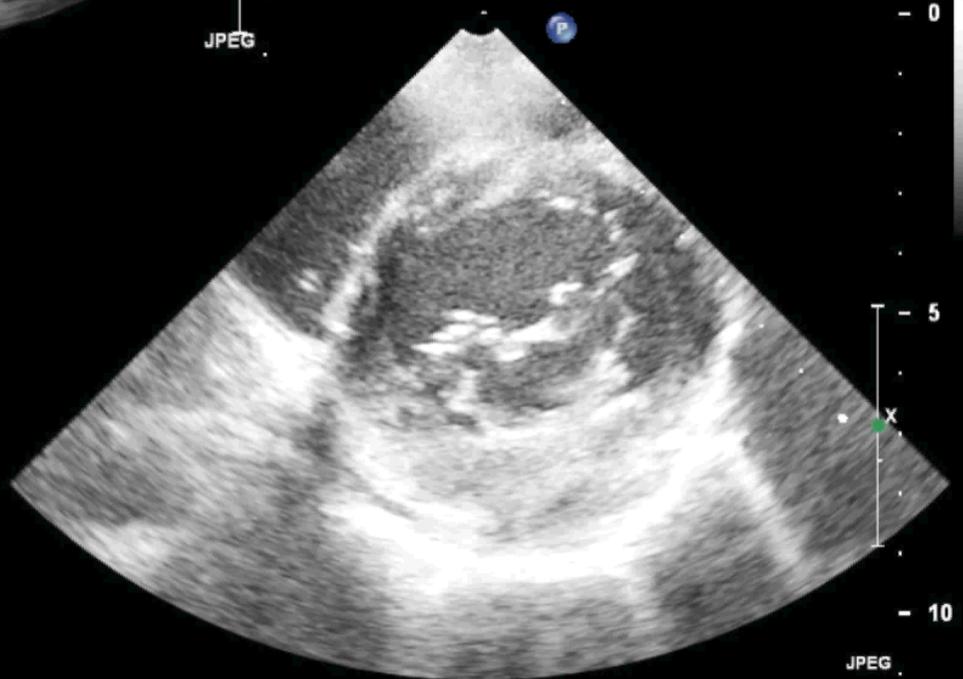
- 0

- 5

- 10

JPEG

C 50
P Arrêt
HGén



C3

- 0

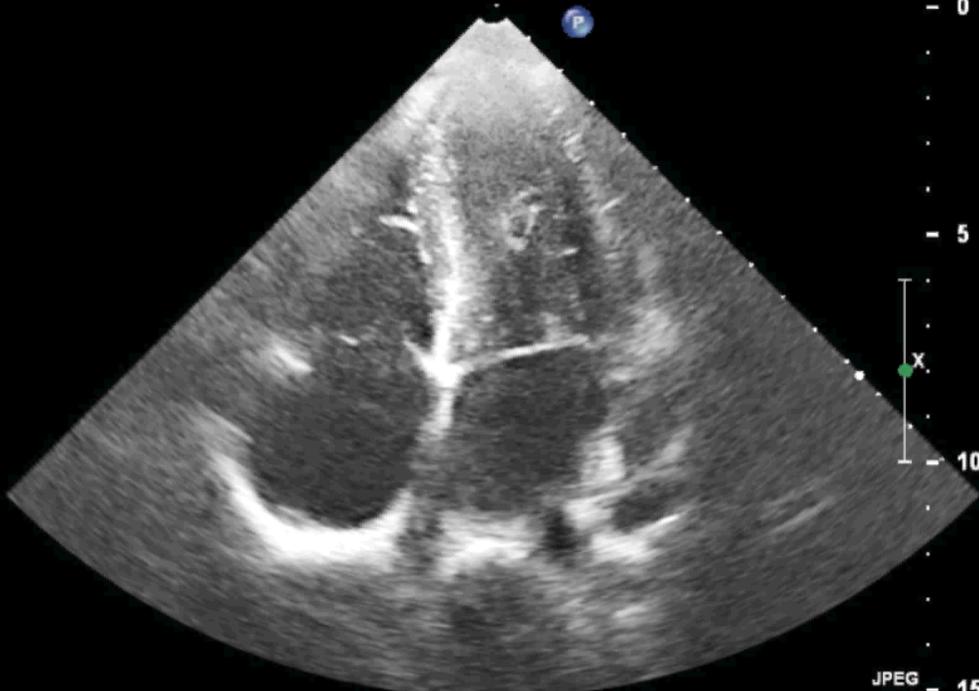
- 5

- 10

JPEG

CI 46Hz
15cm

2D
86%
C 50
P Arrêt
HGén

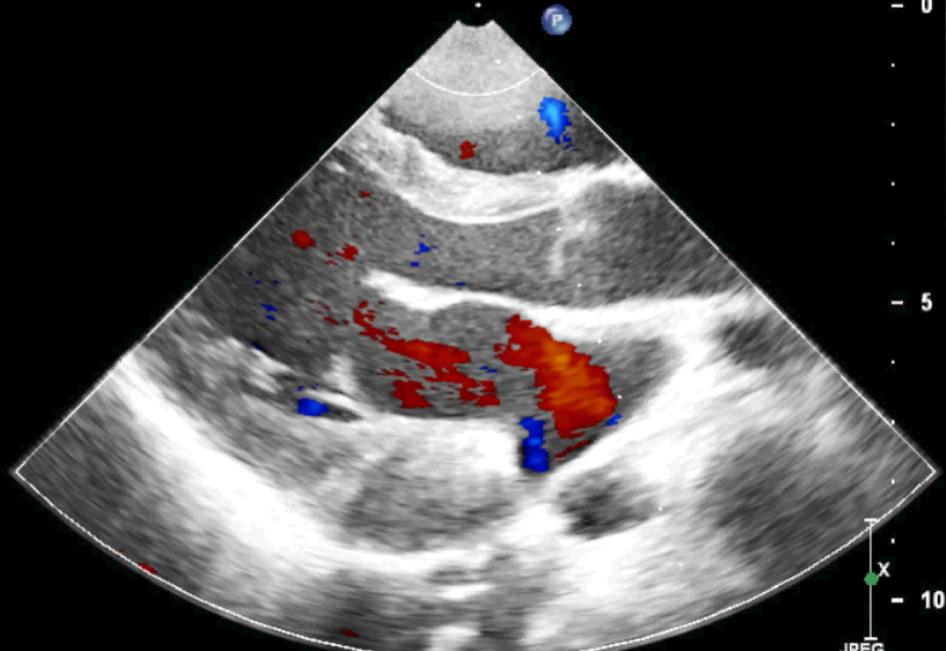


JPEG - 15

11cm

2D
81%
C 50
P Arrêt
HGén

Coul
77%
3.0MHz
FP Haut
Moy



JPEG

- La question:
 - Sclérose tubéreuse de Bourneville ?
 - Mais arguments écho contradictoires pour un rhabdomyome
 - Localisation atriale
 - Tumeur unique
 - Complexe de Carney ?
 - Plutôt tumeurs gliales périphériques
 - Hyperactivité endocrinienne associée au myxome
 - Mais Tumeur peu mobile
- Ce qui est prévu: IRM cardiaque

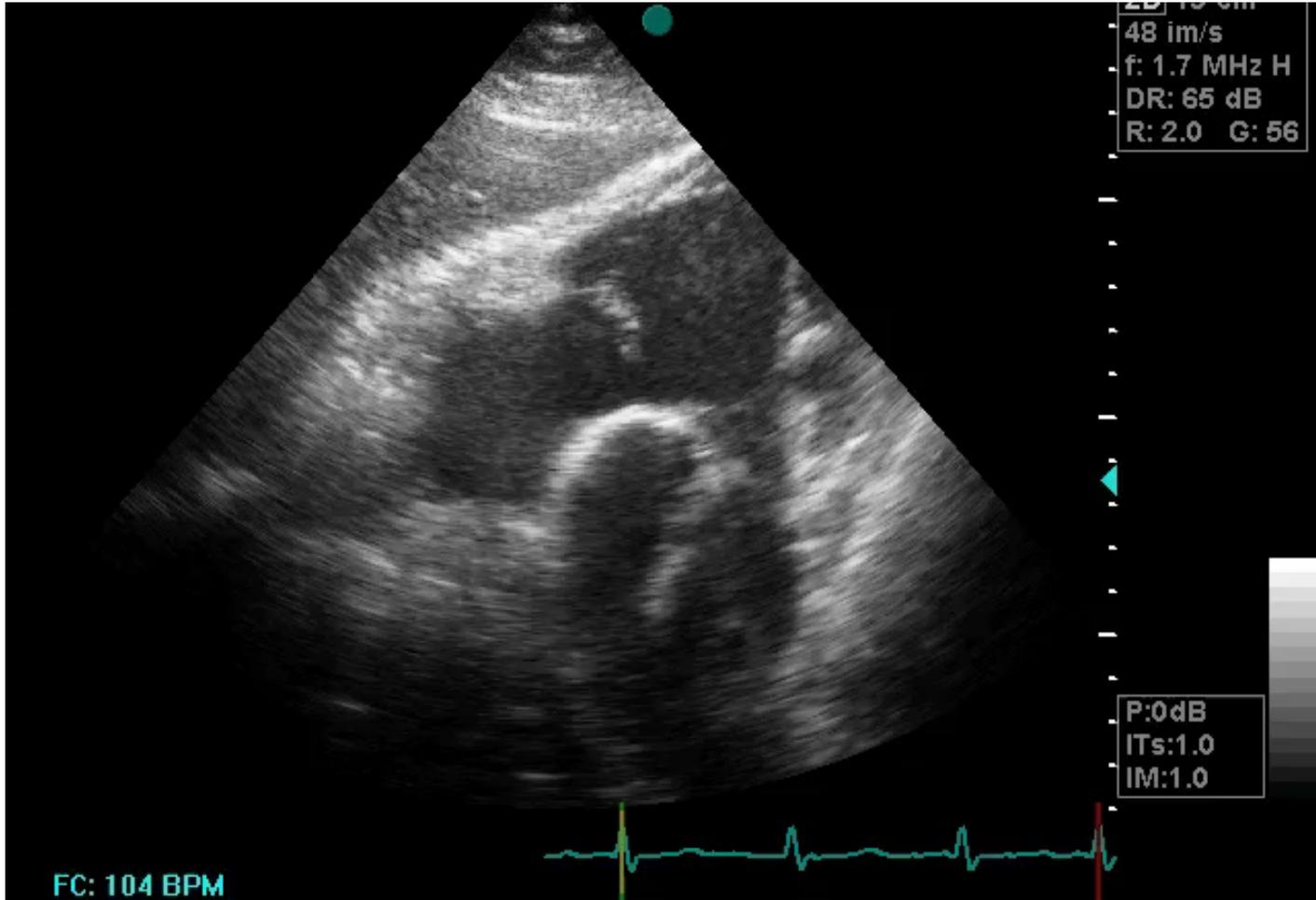
Mme L, 62 ans

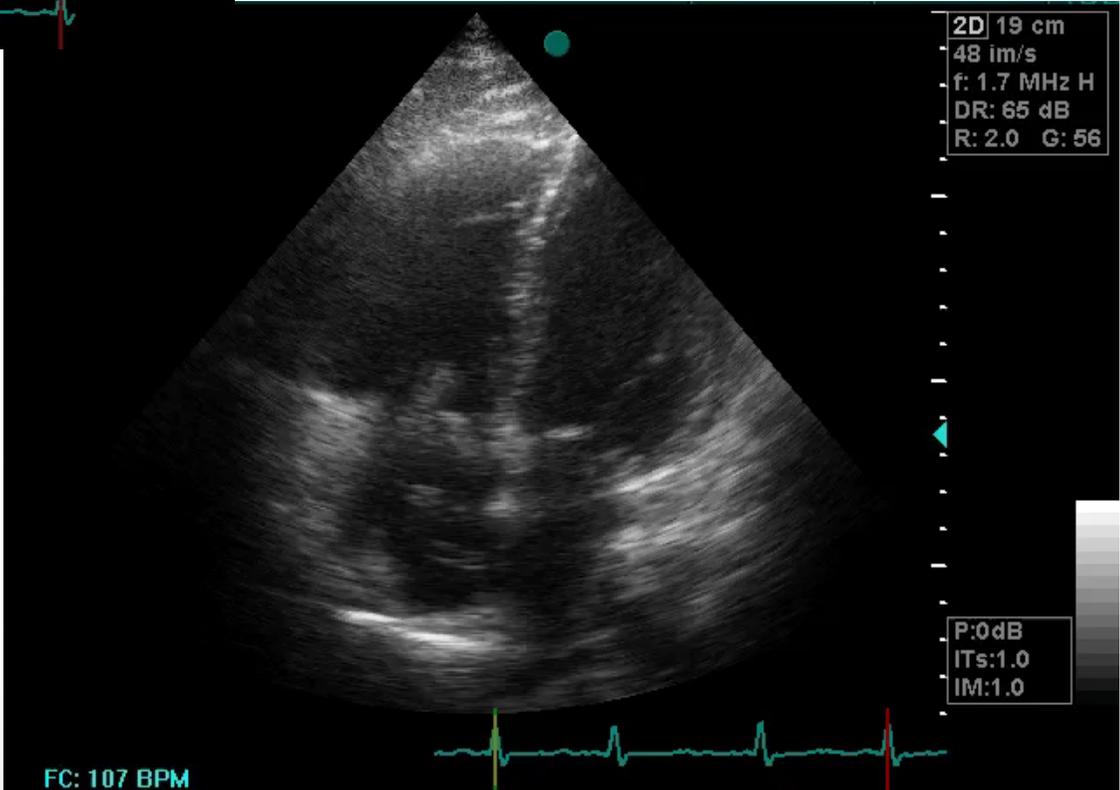
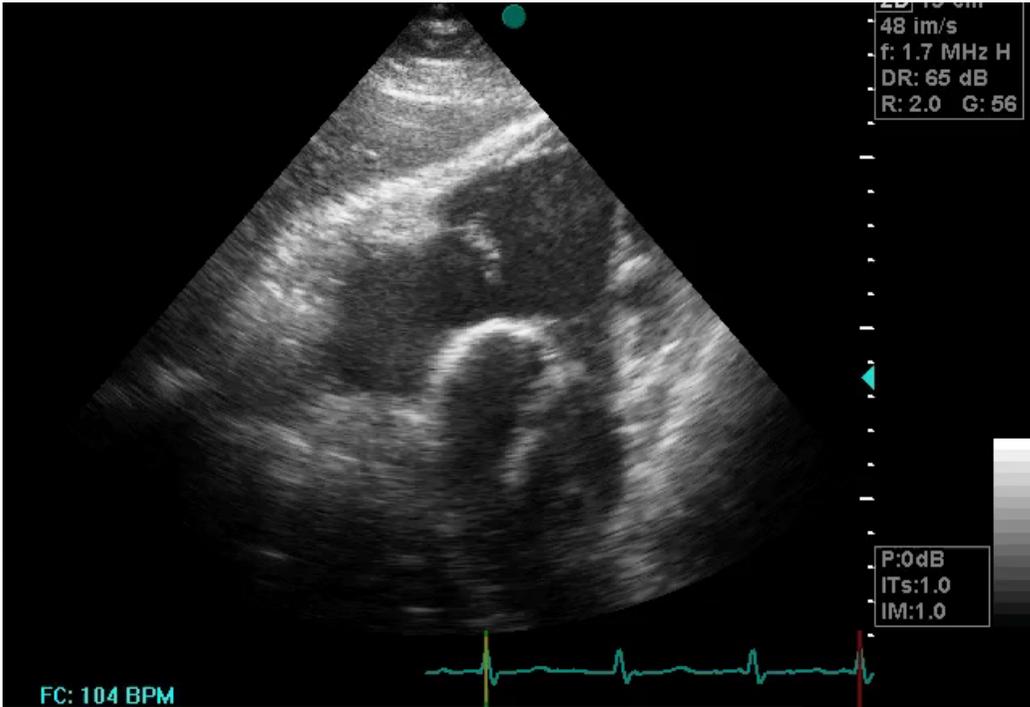
- SAPL sous AVK au long cours (Sintrom)
 - 3 FCS, 1 TVP
- Adressée pour bilan d'AVC fébrile
 - Suspicion d'endocardite
 - CRP 102

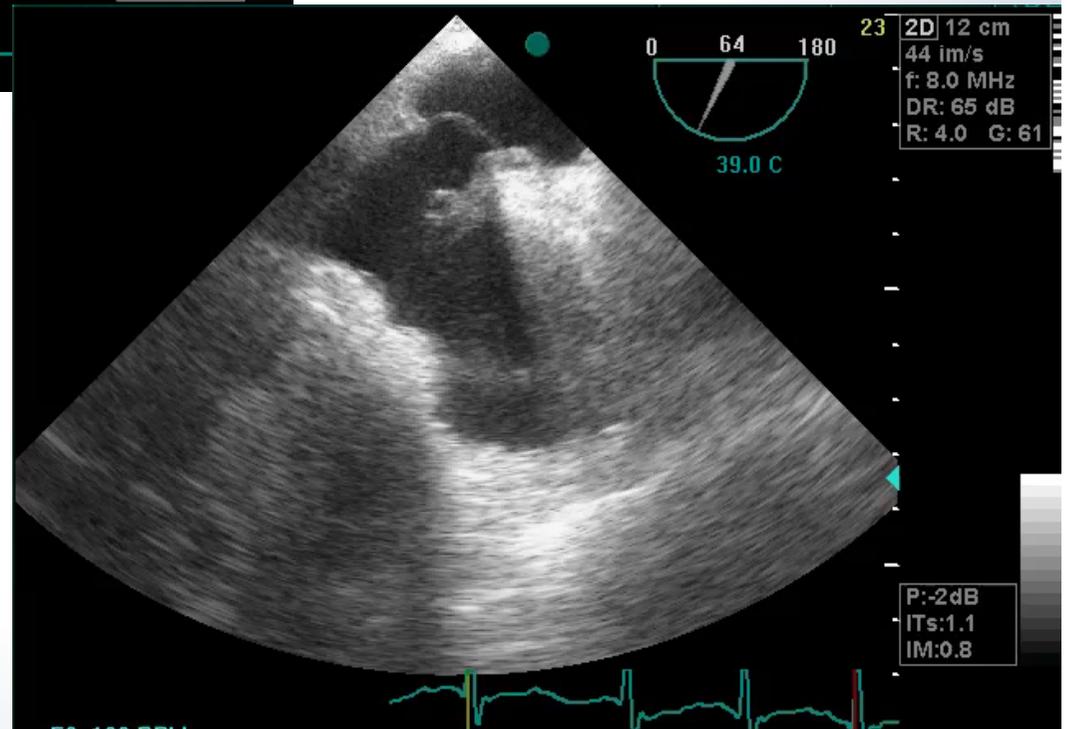
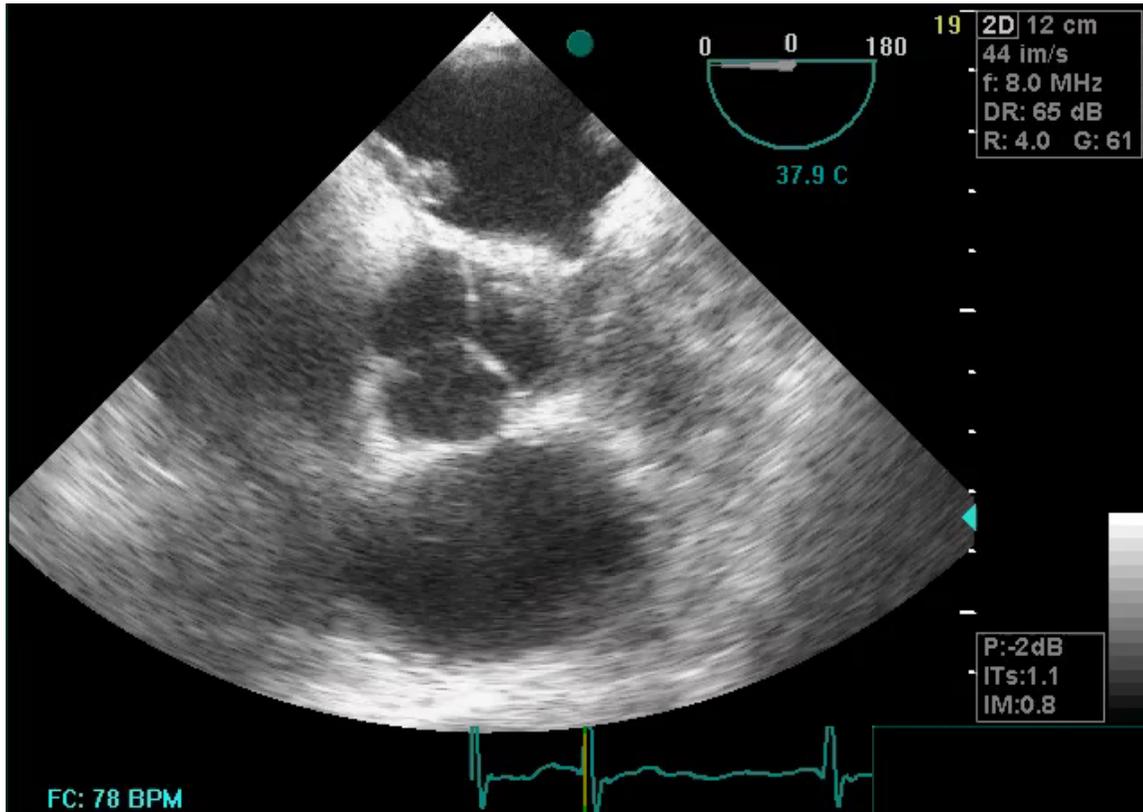
2D: 10 cm
48 im/s
f: 1.7 MHz H
DR: 65 dB
R: 2.0 G: 56

P: 0dB
ITs: 1.0
IM: 1.0

FC: 104 BPM

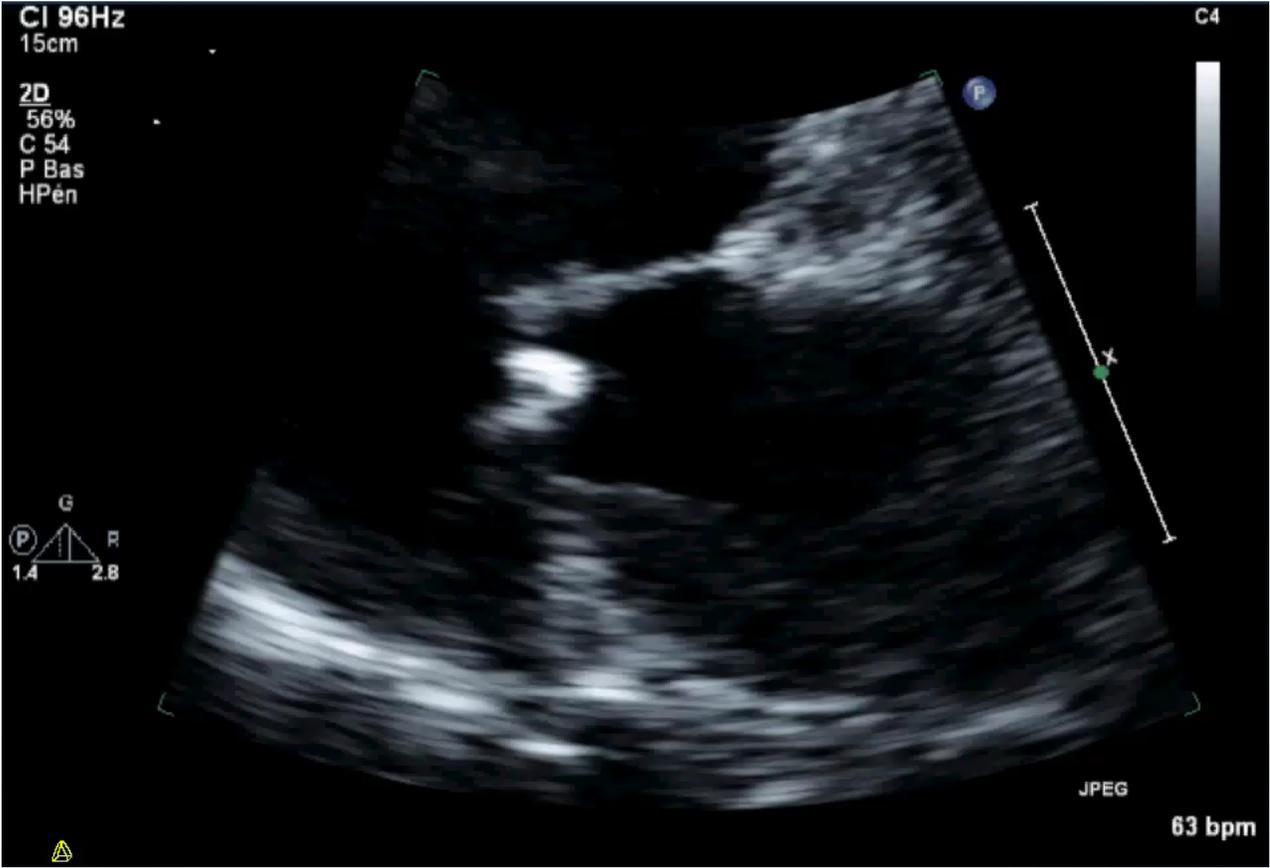




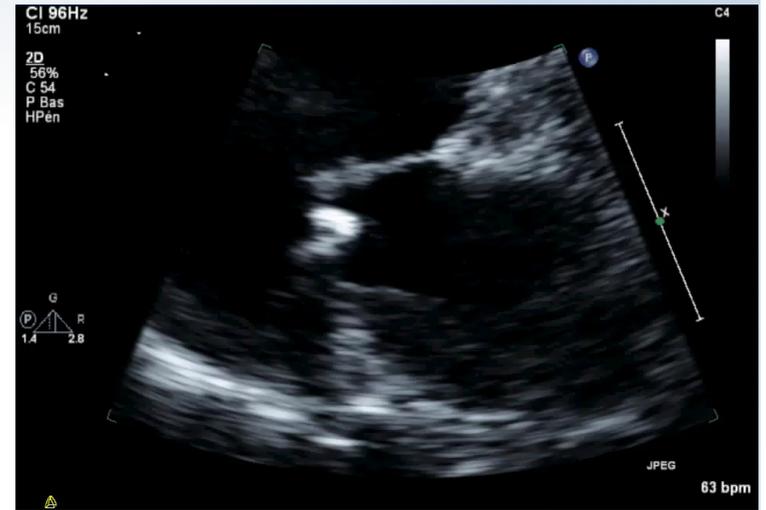


Patiente de 76 ans

- Bilan d'AVC sylvien superficiel droit
 - IRM cérébrale: arguments pour AVCs multiples, anciens
- Auscultation pathologique
- Adressée pour ETT



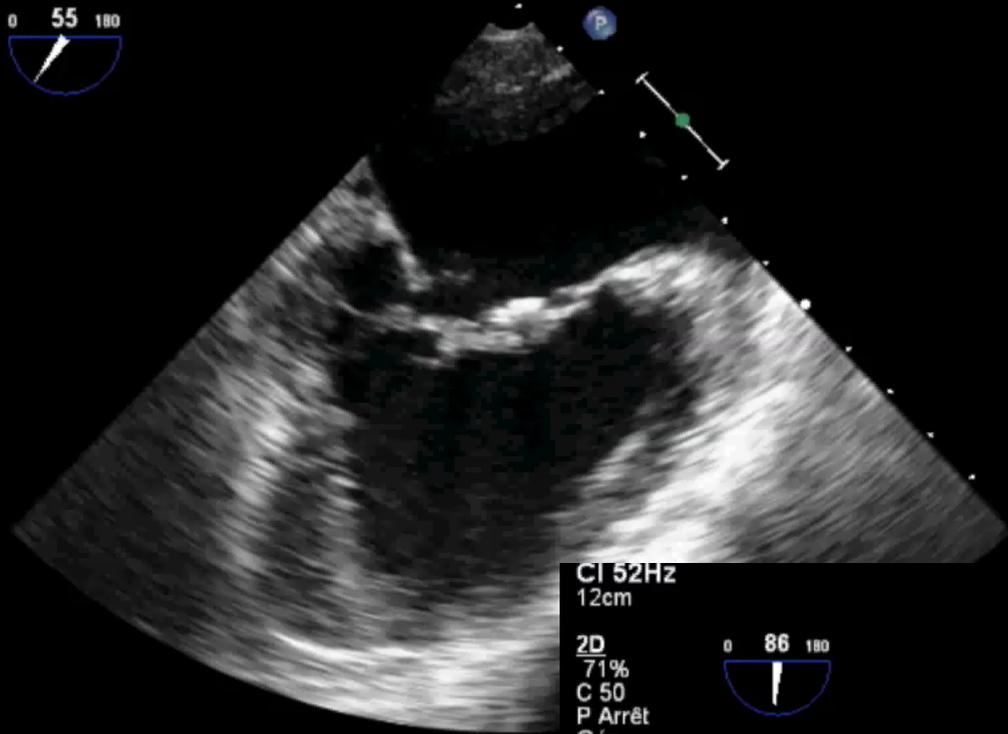
1. La valve mitrale s'ouvre parfaitement
2. On ne voit rien
3. La paroi latérale de l'OG n'est pas normale
4. Probable rétrécissement mitral



1. La valve mitrale s'ouvre parfaitement
2. On ne voit (rien) pas très bien ...
3. La paroi latérale de l'OG n'est pas normale
4. Probable rétrécissement mitral

CI 52Hz
12cm

2D
71%
C 50
P Arrêt
Gén

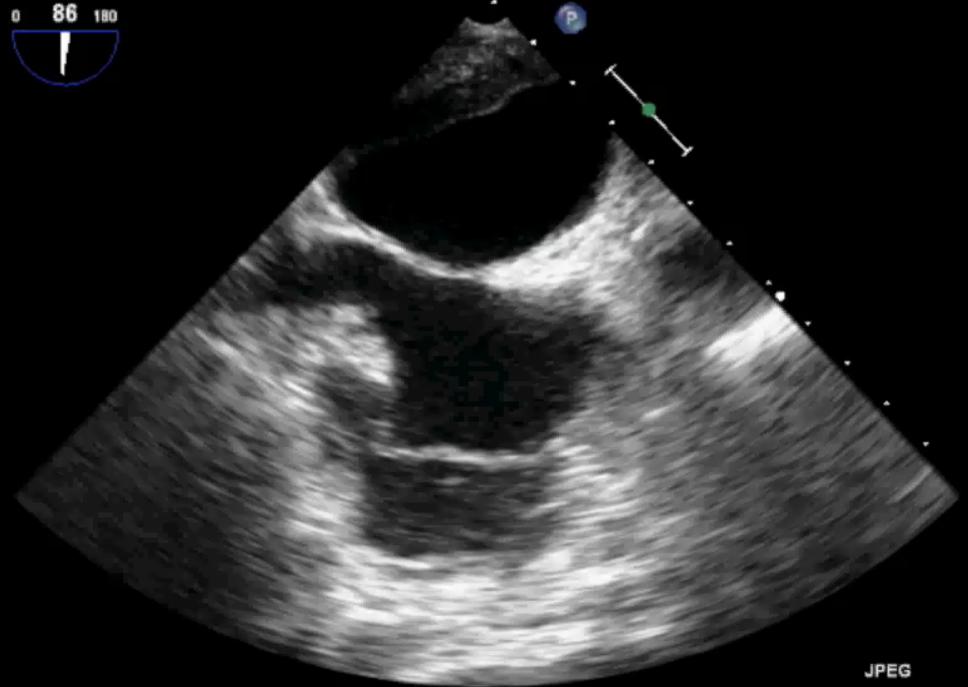


C4

T PAT: 37.0C
T ETO: 38.4C

CI 52Hz
12cm

2D
71%
C 50
P Arrêt
Gén



C4

T PAT: 37.0C
T ETO: 38.5C

JPEG

71 bpm

CI 52Hz
10cm

C4

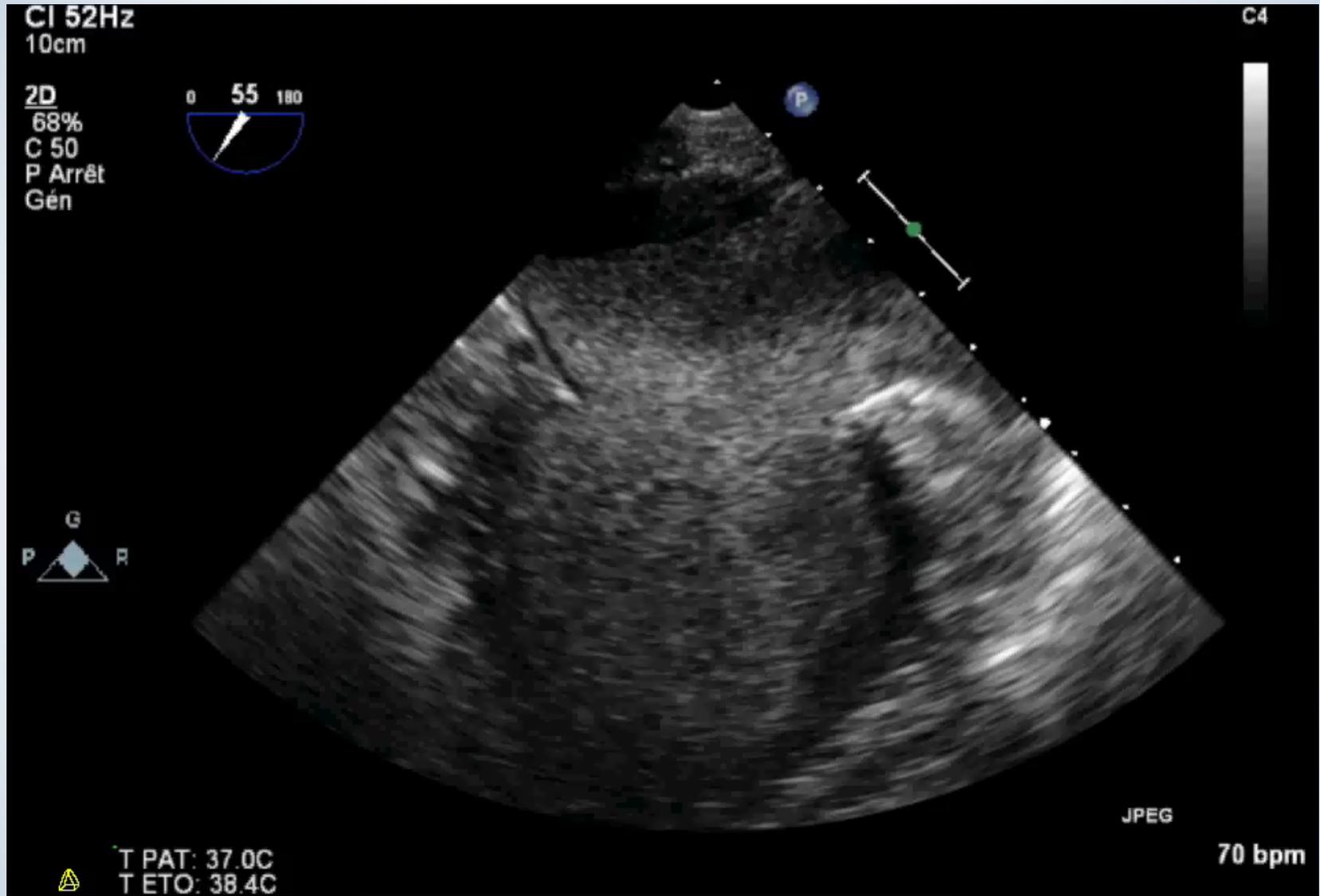
2D
68%
C 50
P Arrêt
Gén



T PAT: 37.0C
T ETO: 38.4C

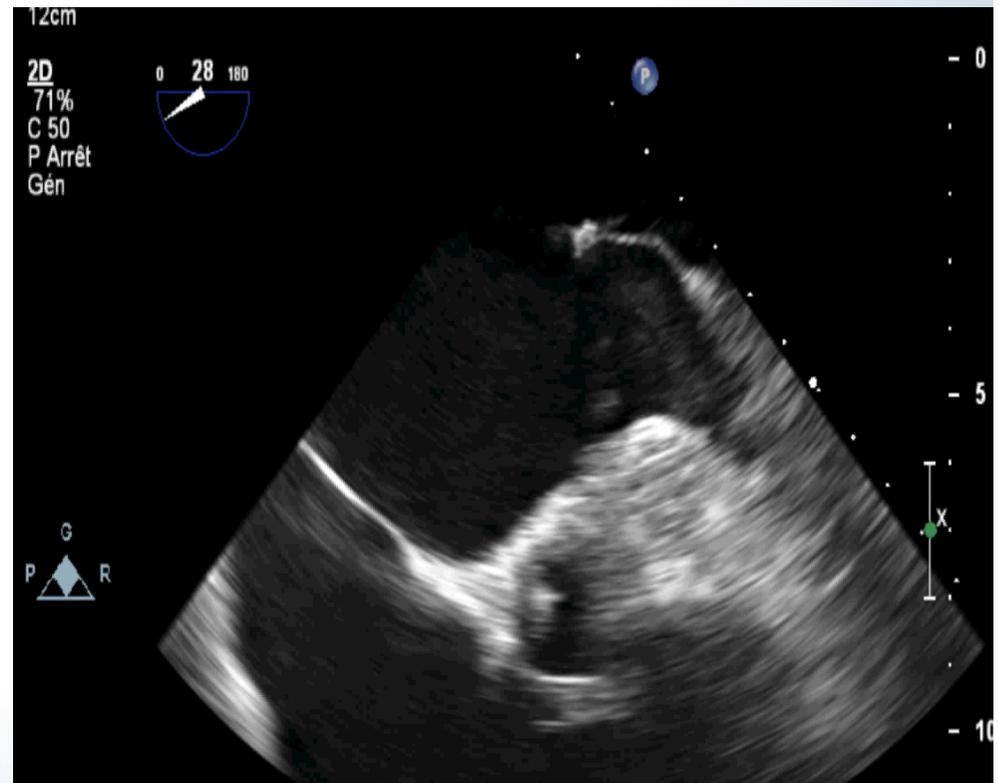
JPEG

70 bpm



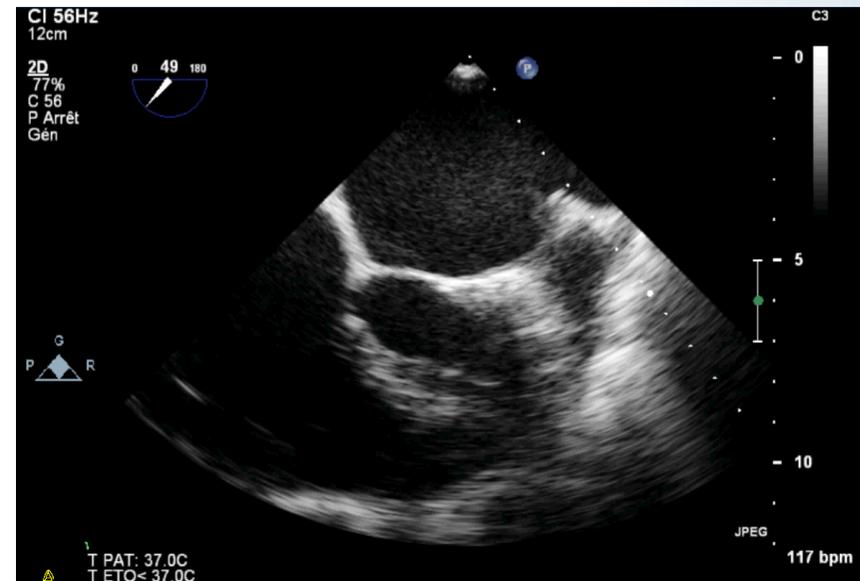
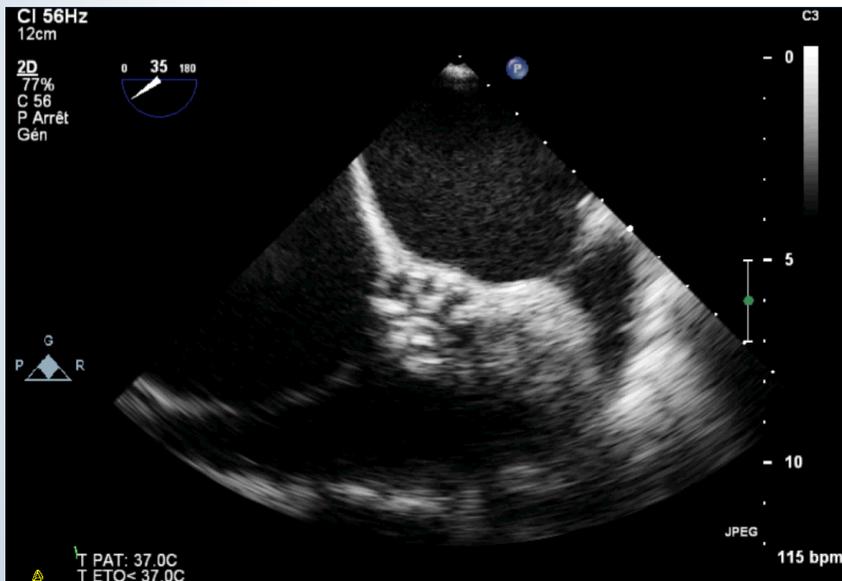
Thrombose de l'OG: différentes formes

- Patiente de 74 ans
- FA permanente sous Previscan – dernier INR 2,2
- Récidive d'AVC
 - AVC sylvien droit
- CI thrombolyse
- Thrombectomie / cathé

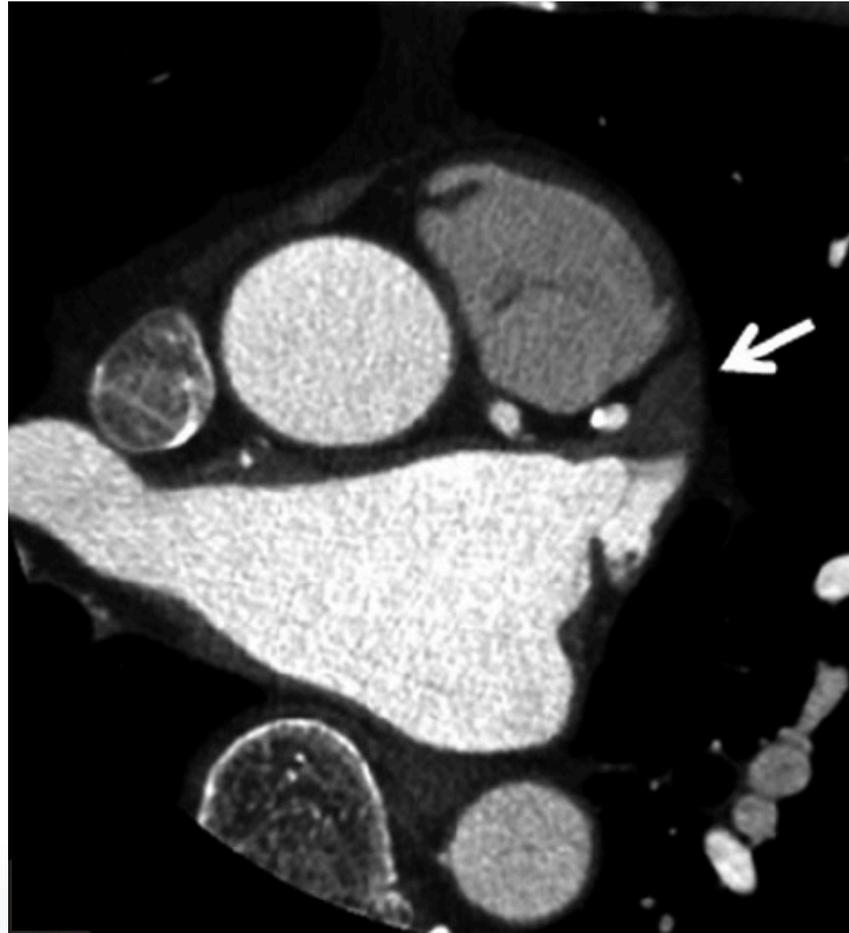


Thrombus > sludge > contraste spontané

- ETO avant ablation



Scanner cardiaque



Que fait-on ?

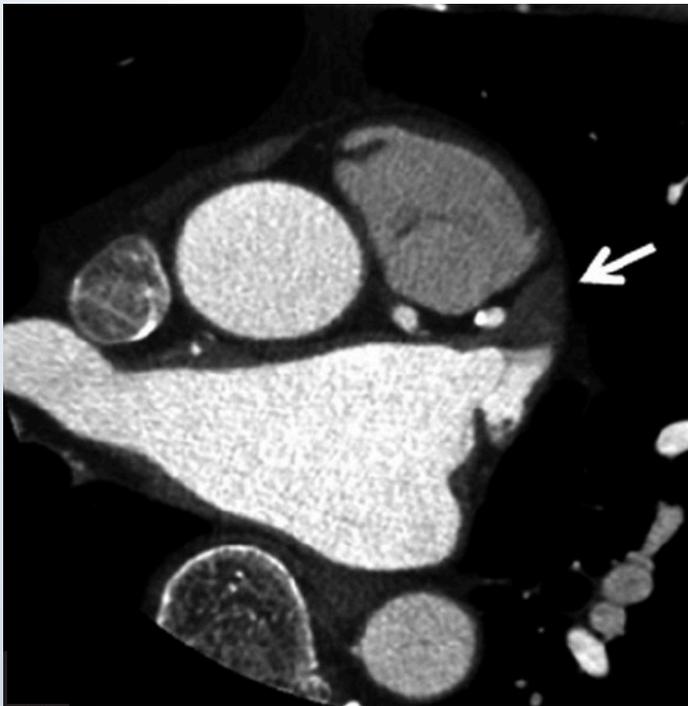
1. Thrombus de l'auricule sous-estimé en ETO ?
2. Absence de thrombus de l'auricule, scanner peu performant dans cette indication
3. Nécessité d'autres acquisitions / imagerie afin de trancher

Que fait-on ?

1. Thrombus de l'auricule sous-estimé en ETO ?
2. Absence de thrombus de l'auricule, scanner peu performant dans cette indication
3. Nécessité d'autres acquisitions / imagerie afin de trancher

Scanner

- Bon examen, moins spécifique mais excellente sensibilité
- Visualisation du défaut + ratio des densités



Trop précoce



Plus tardif

Pseudo-défect

Scanner

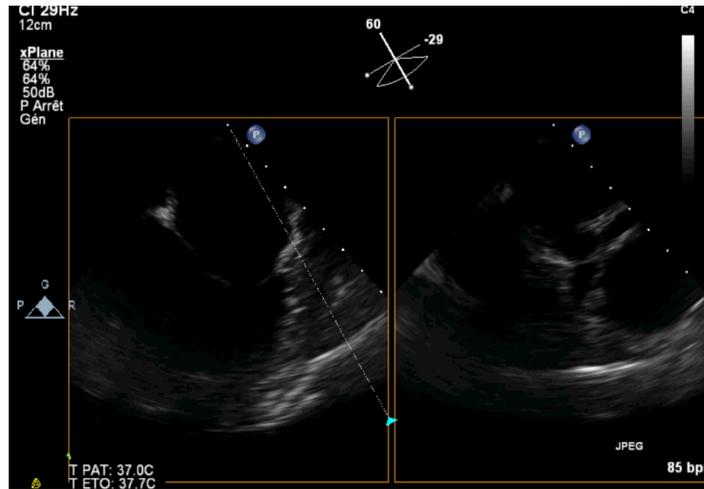
- Bon examen, moins spécifique mais excellente sensibilité
- Visualisation du défaut + ratio des densités



Défaut de remplissage de l'auricule

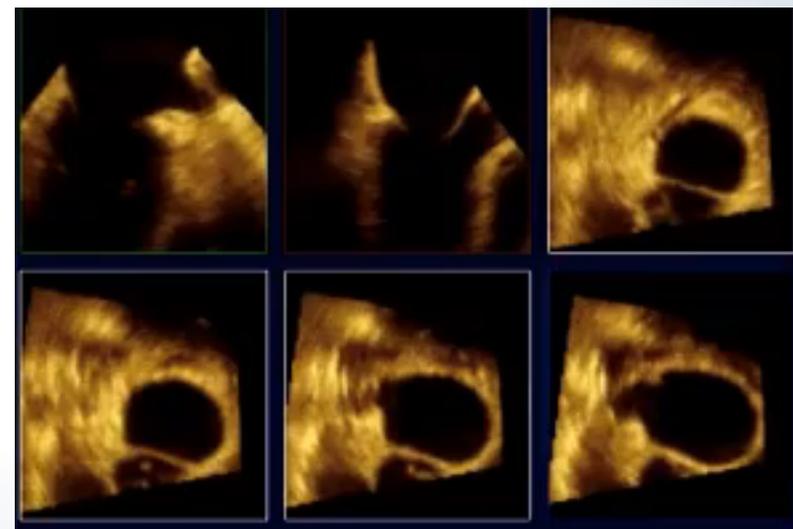
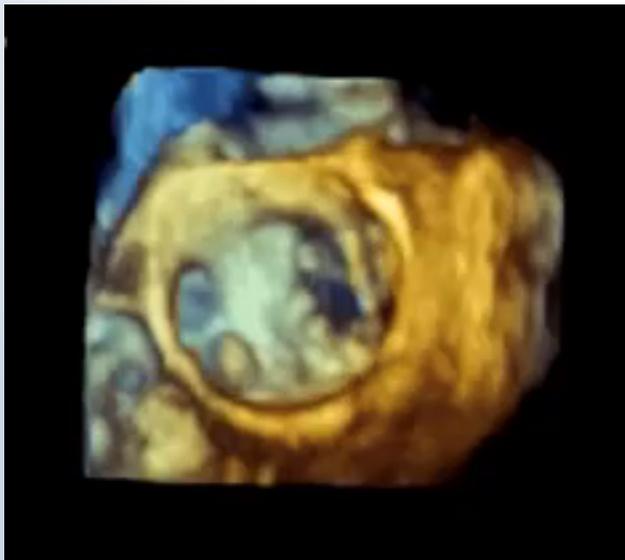
Pour aider au diagnostic de thrombus

- ETO Xplan



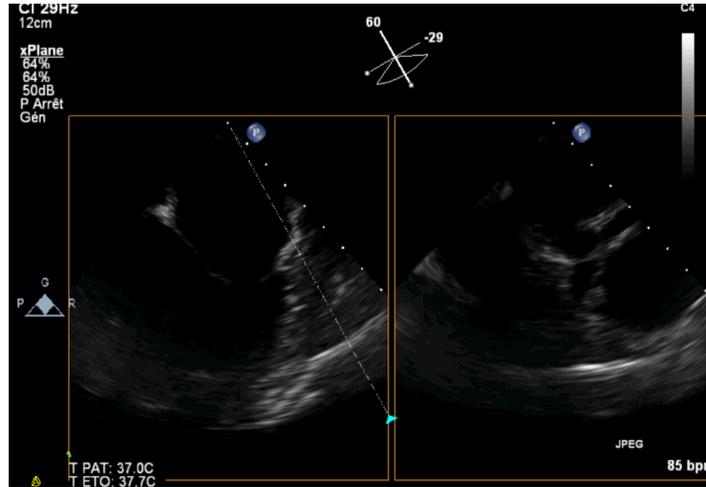
- Le 3D ?

– Surtout pour éliminer une autre étiologie



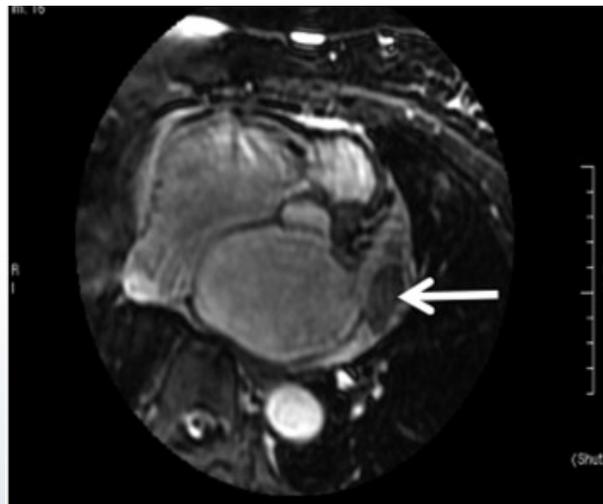
Pour aider au diagnostic de thrombus

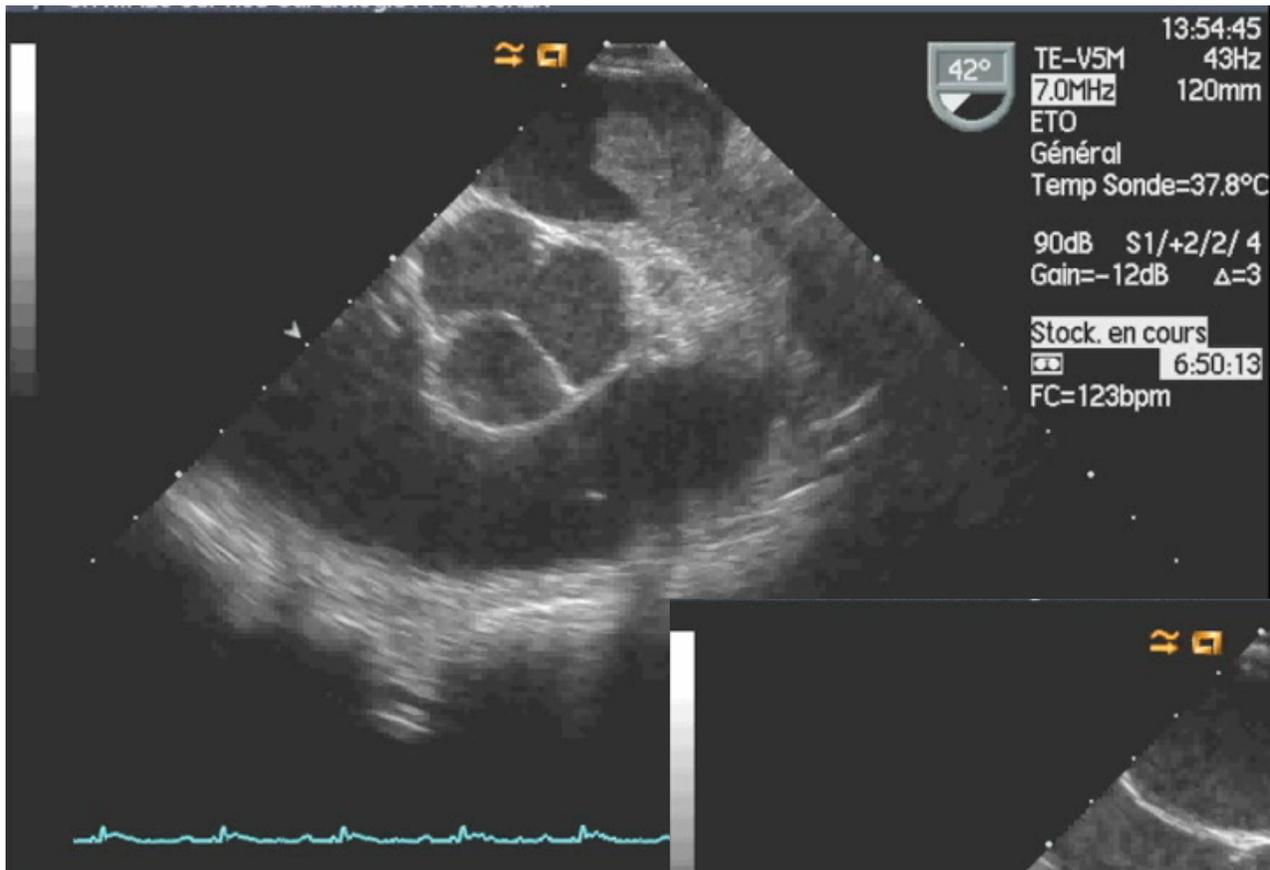
- ETO Xplan



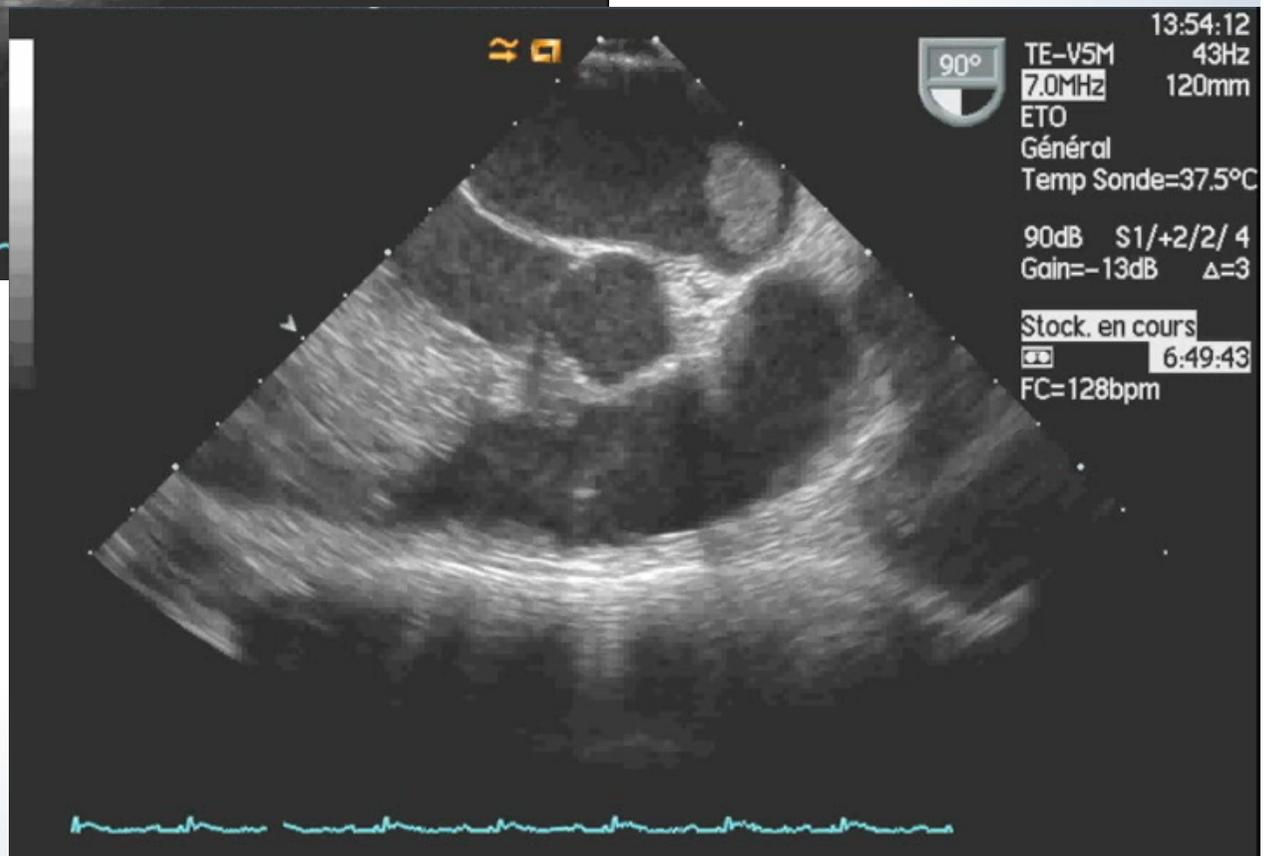
- Le 3D ?
 - Surtout pour éliminer une autre étiologie

- L'IRM





Des caillots avec forme
« pseudo » tumorale

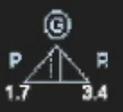


Patient de 78 ans

- Cancer du poumon à petites cellules
 - En cours de prise en charge
- Insuffisance rénale chronique modérée
- Dégradation de l'état général progressive
- Adressé en raison d'une suspicion d'embolie pulmonaire

CI 50Hz
15cm

2D
64%
C 50
P Bas
HGén



CI 40Hz
18cm

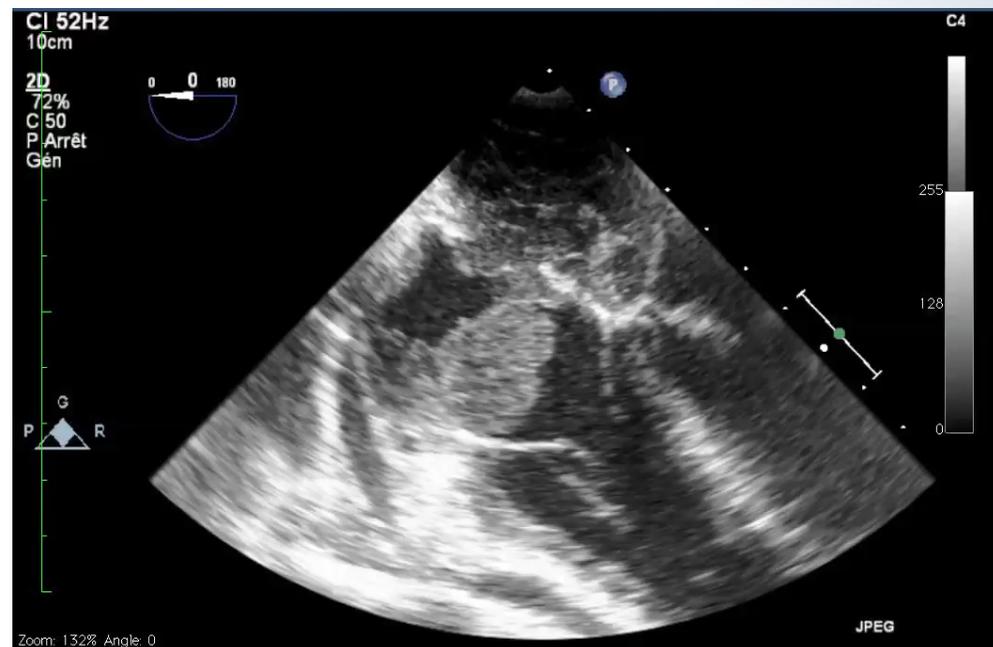
2D
64%
C 50
P Bas
HGén



JPEG

Métastases cardiaques

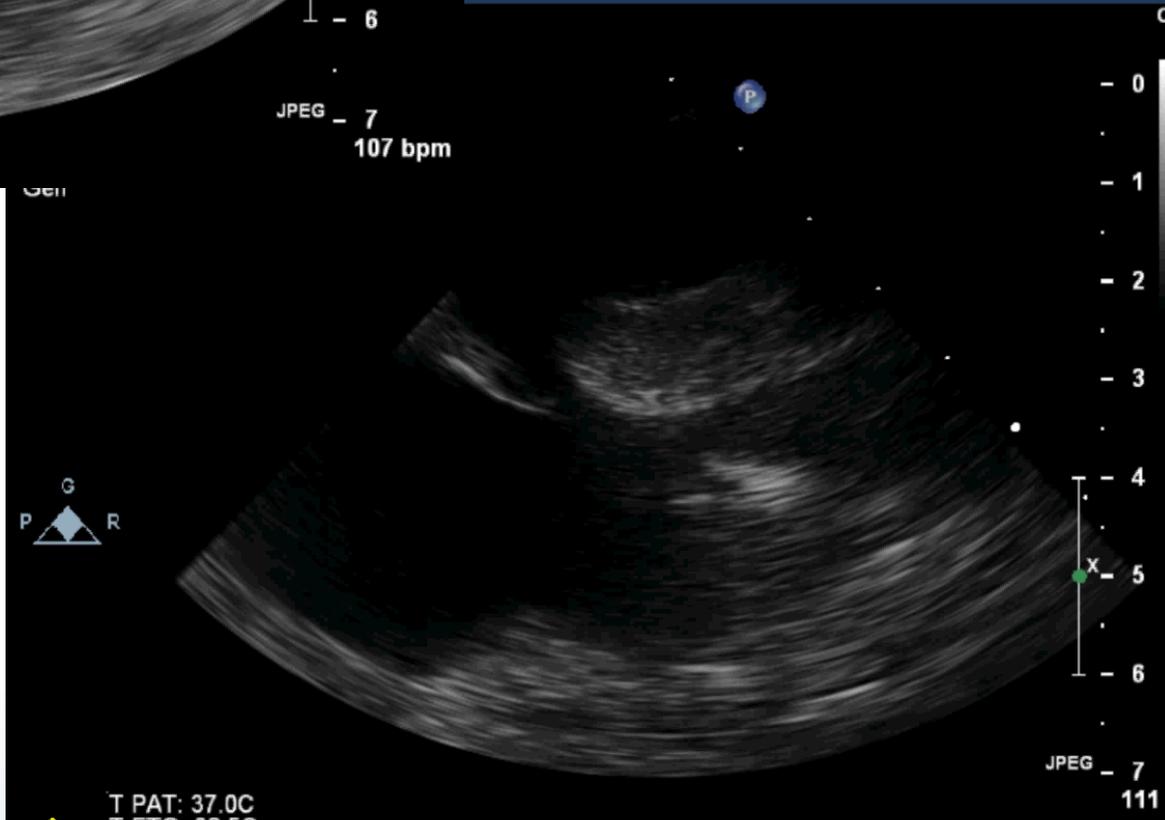
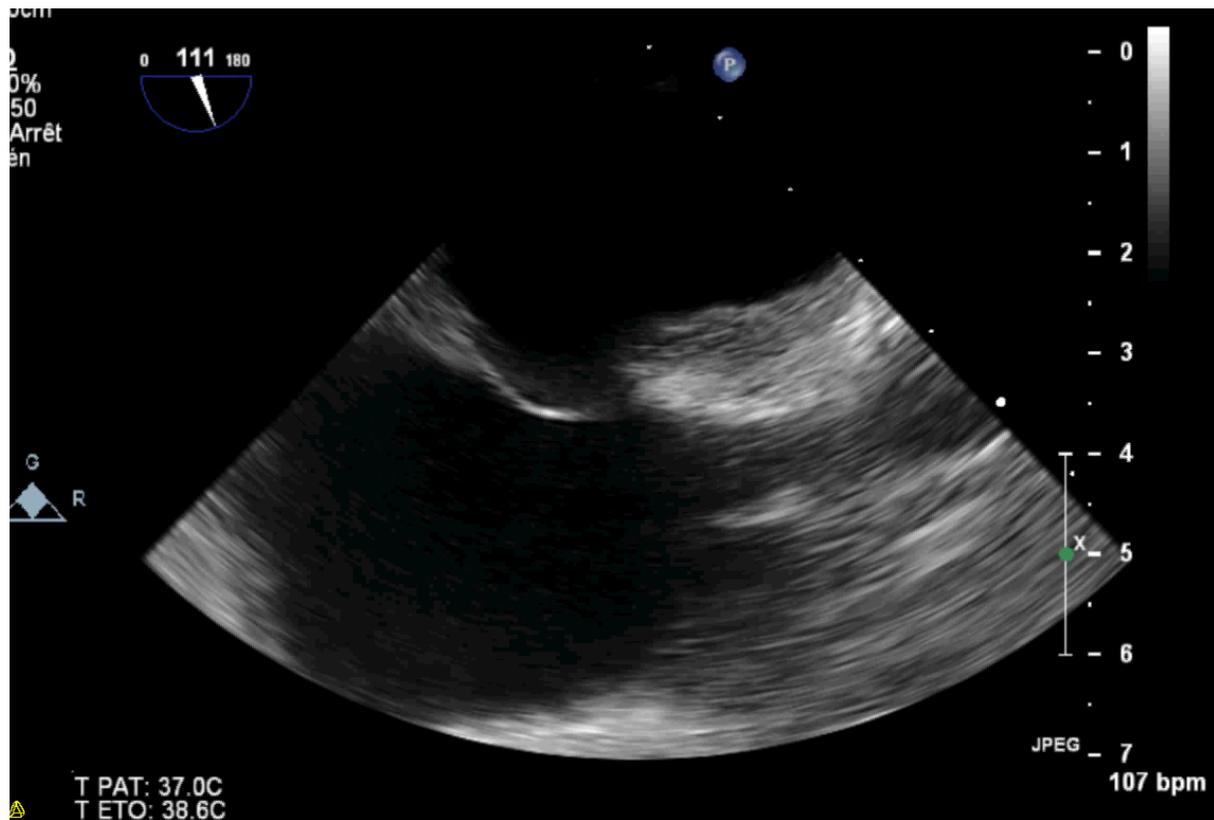
- Aspect variable
- Souvent atrial
- Masses multiples
- Mal délimitées



Mme C, 72 ans

- Nodule LSD en cours de bilan
- Bilan cardio-vasculaire pré-chirurgical
- ETT : épaissement du septum inter-atrial
 - Doute sur une hypertrophie lipomateuse du SIA



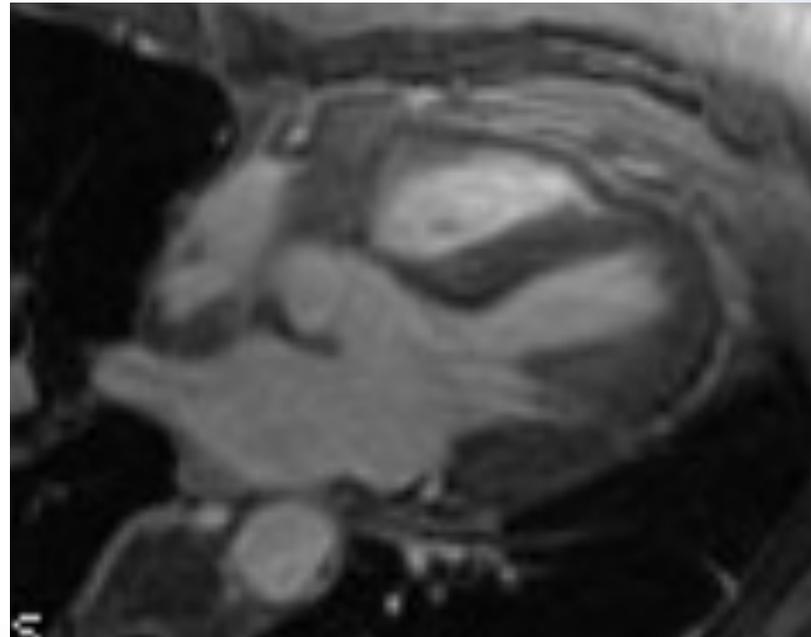
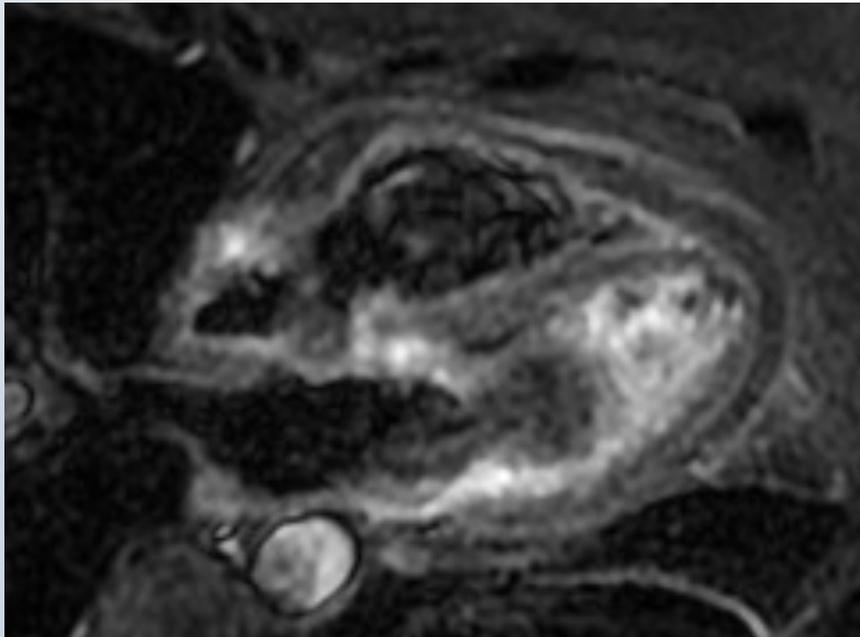
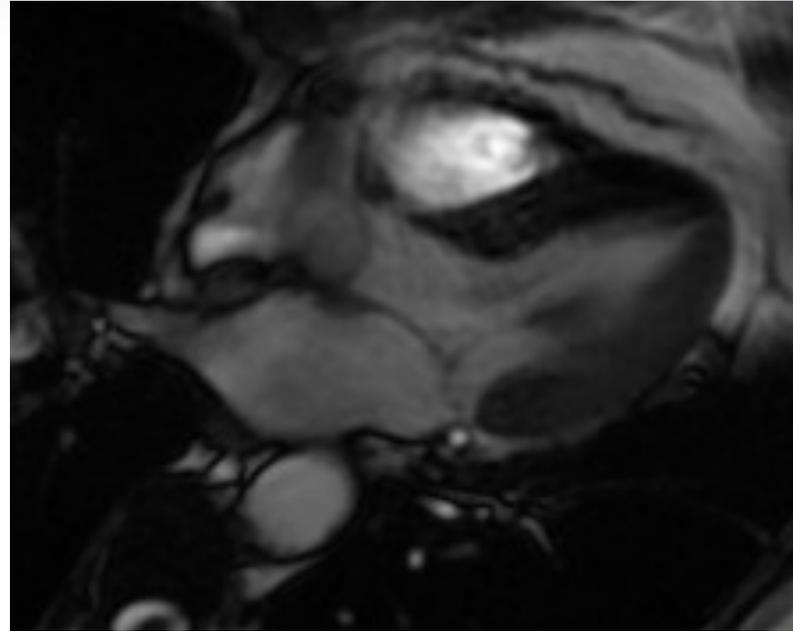
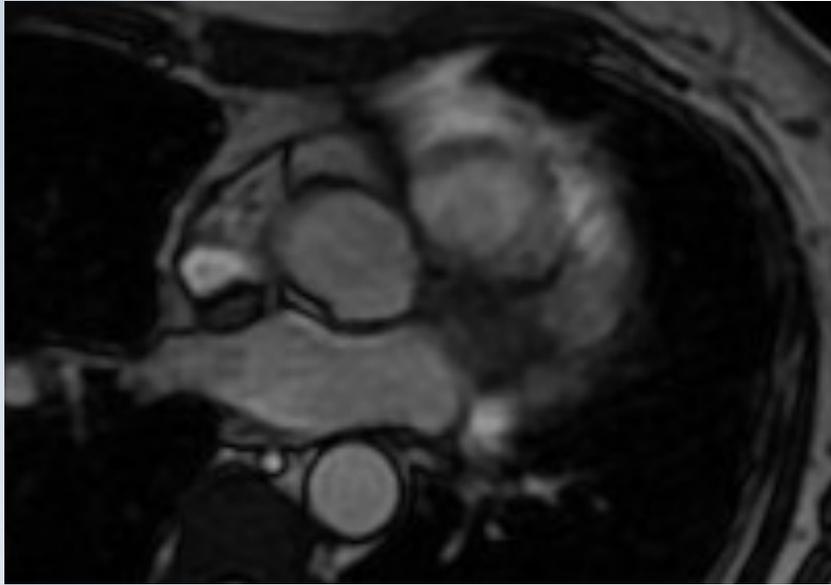


Que fait-on ?

1. Rien, ça ne change rien pour la patiente
2. L'aspect ETO est évocateur d'hypertrophie lipomateuse du SIA, arrêtons nous à ce diagnostic
3. Mieux vaut affirmer le caractère lipomateux par un scanner cardiaque
4. Mieux vaut affirmer le caractère lipomateux par une IRM

Que fait-on ?

1. Rien, ça ne change rien pour la patiente
2. L'aspect ETO est évocateur d'hypertrophie lipomateuse du SIA, arrêtons nous à ce diagnostic
3. Mieux vaut affirmer le caractère lipomateux par un scanner cardiaque
4. Mieux vaut affirmer le caractère lipomateux par une **IRM**



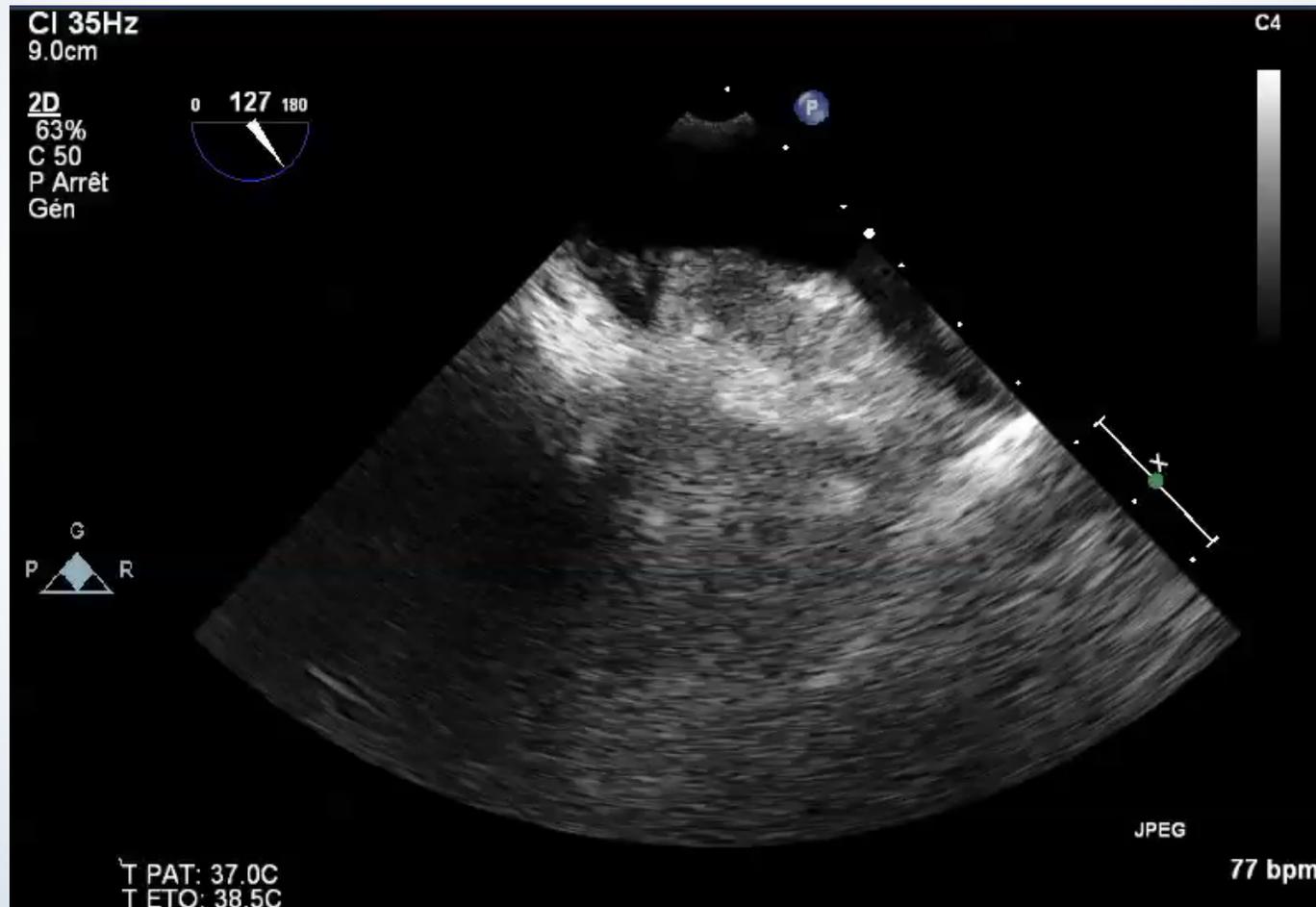
PET-Scan



Fixation du SIA

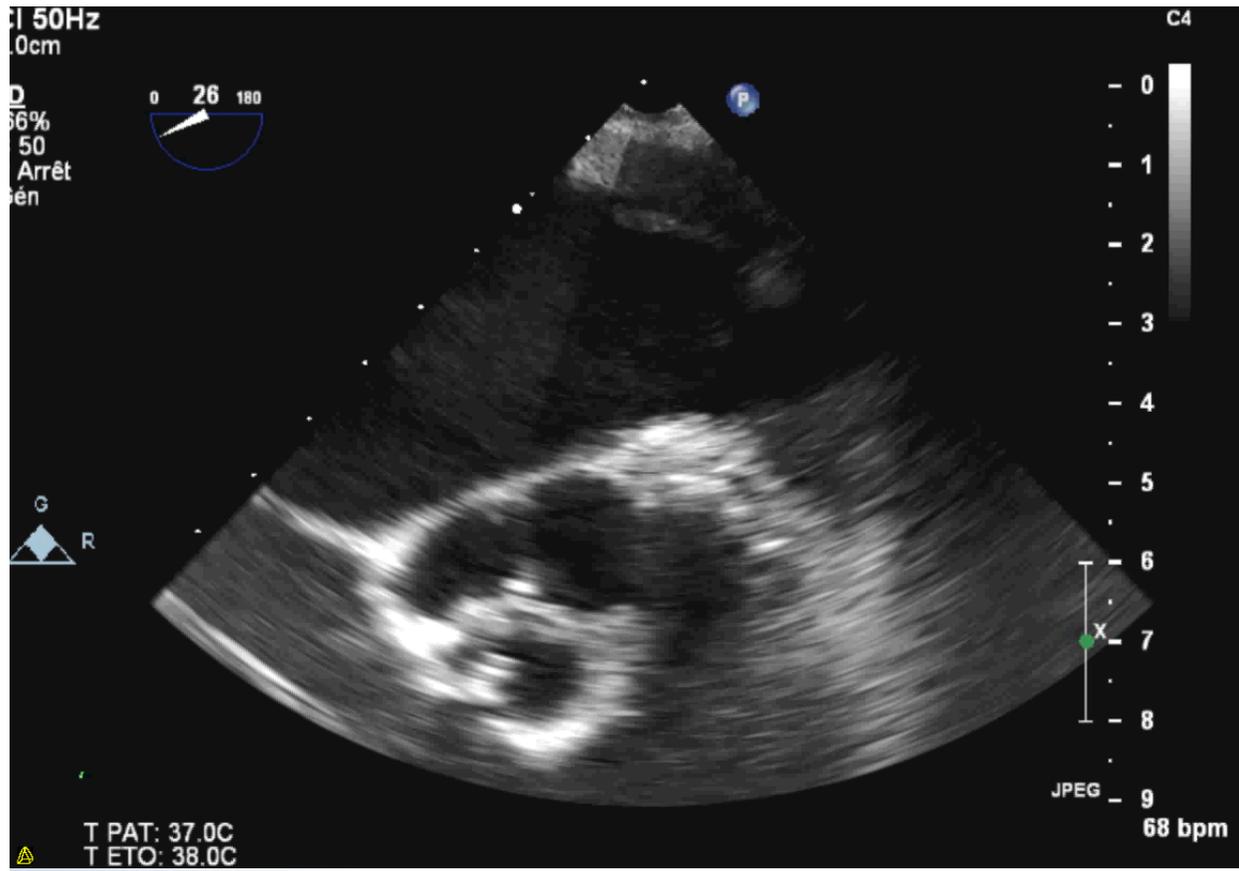
Evolution : réduction de taille après les 2 1ères cures de chimio

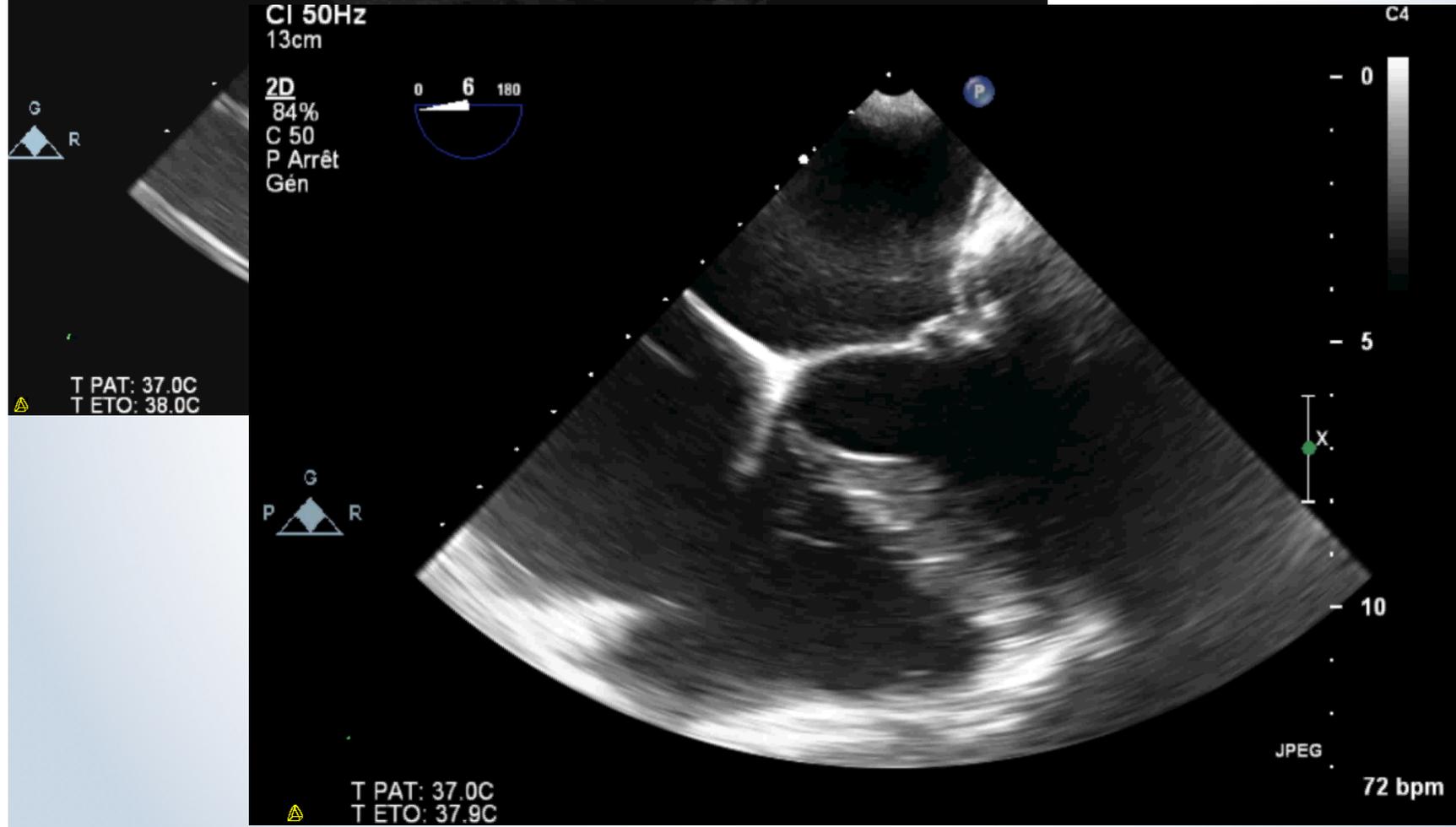
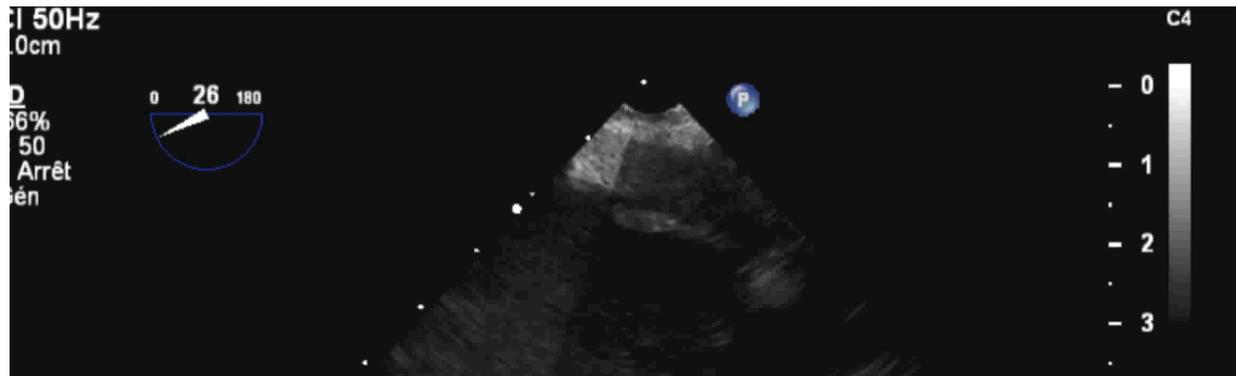
Hypertrophie lipomateuse

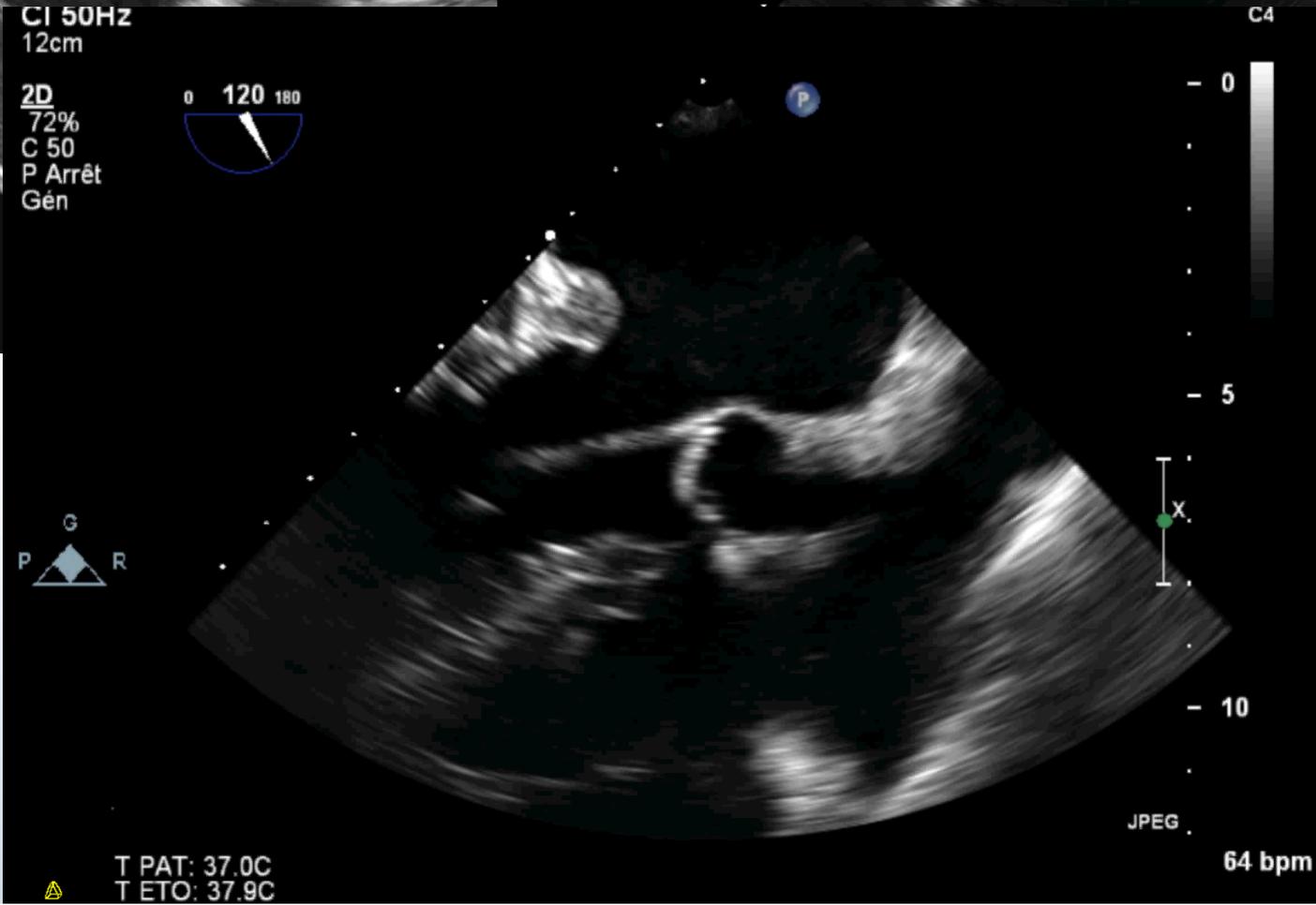
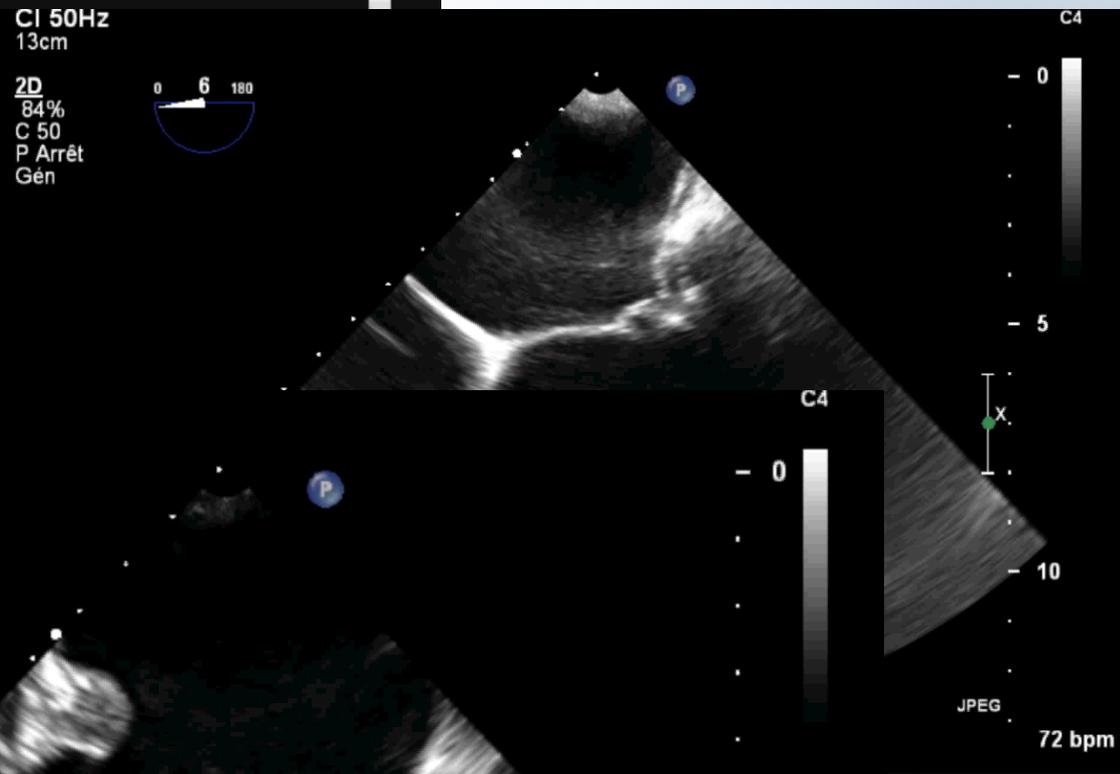
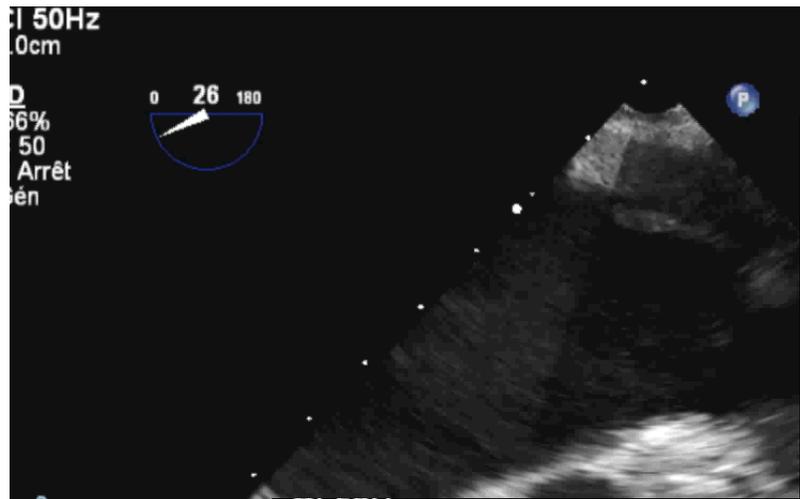


Patient de 83ans

- Atcd :
 - Cardiopathie ischémique pontée – FEVG 35%
 - AOMI
 - Maladie de l'oreillette – PM double
- Adressé pour OAP alors que le patient était hospitalisé pour AVC
 - SS IM
 - Amélioration clinique rapide





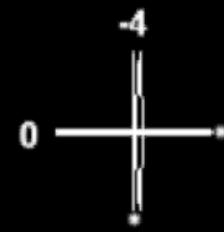


T PAT: 37.0C
T ETO: 38.0C

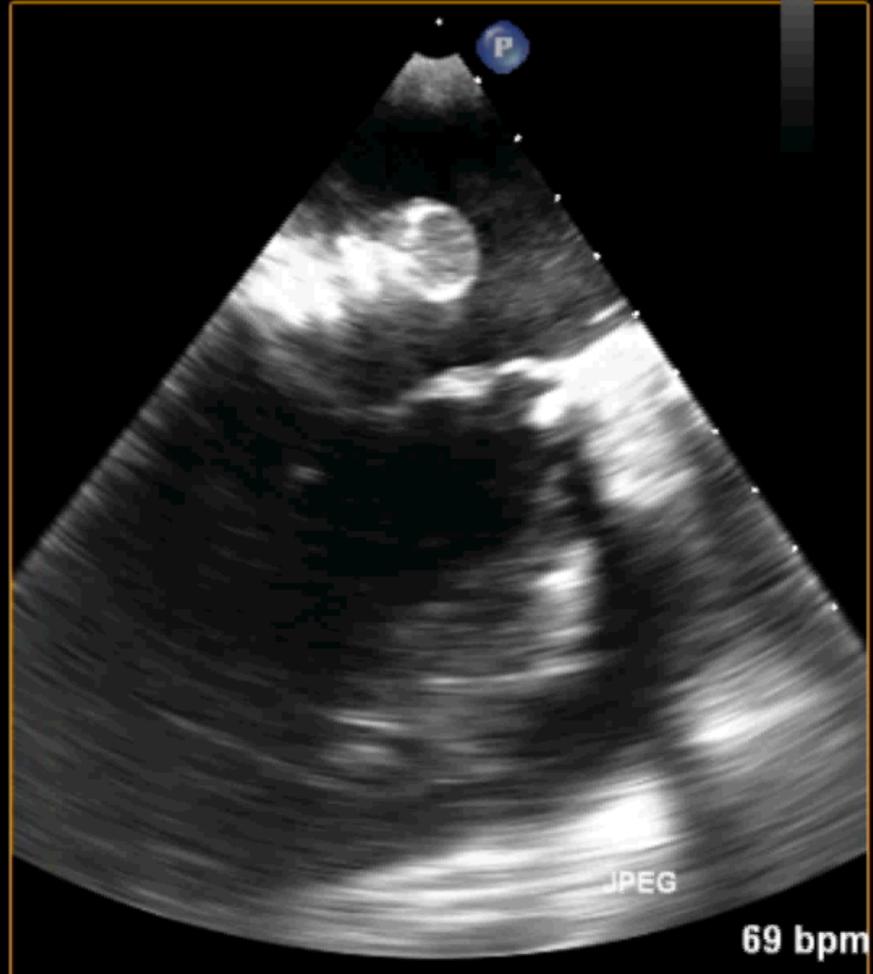
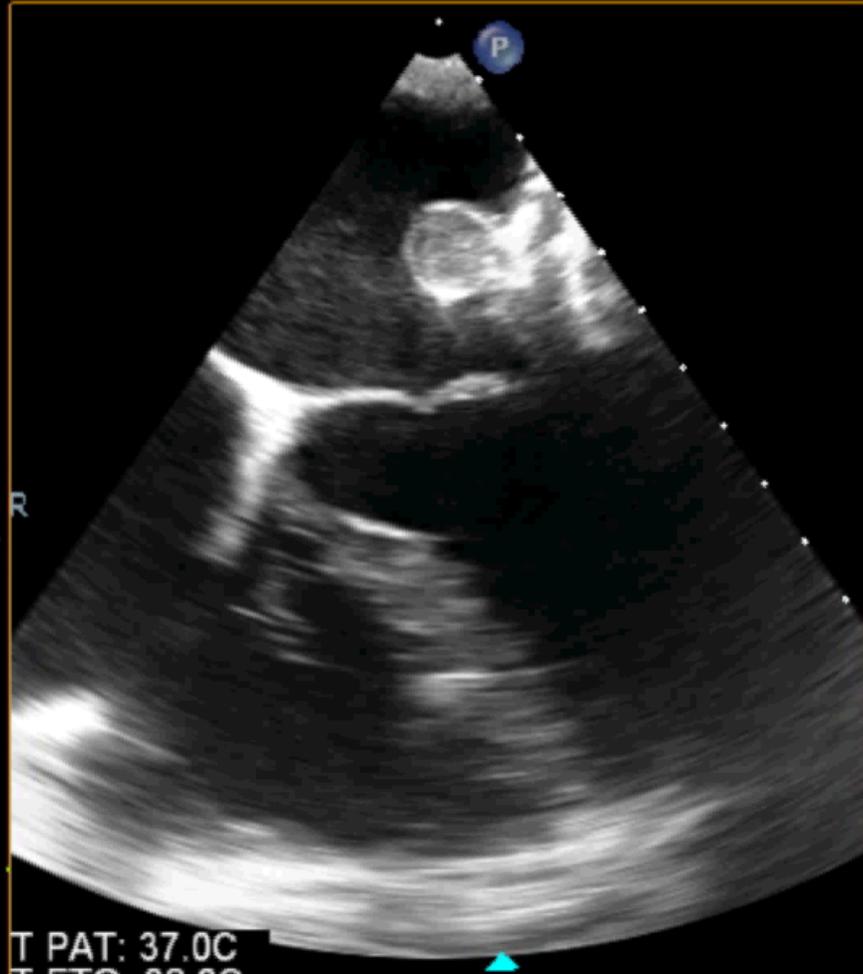
T PAT: 37.0C
T ETO: 37.9C

CI 35Hz
13cm

xPlane
84%
84%
50dB
P Arrêt
Gén

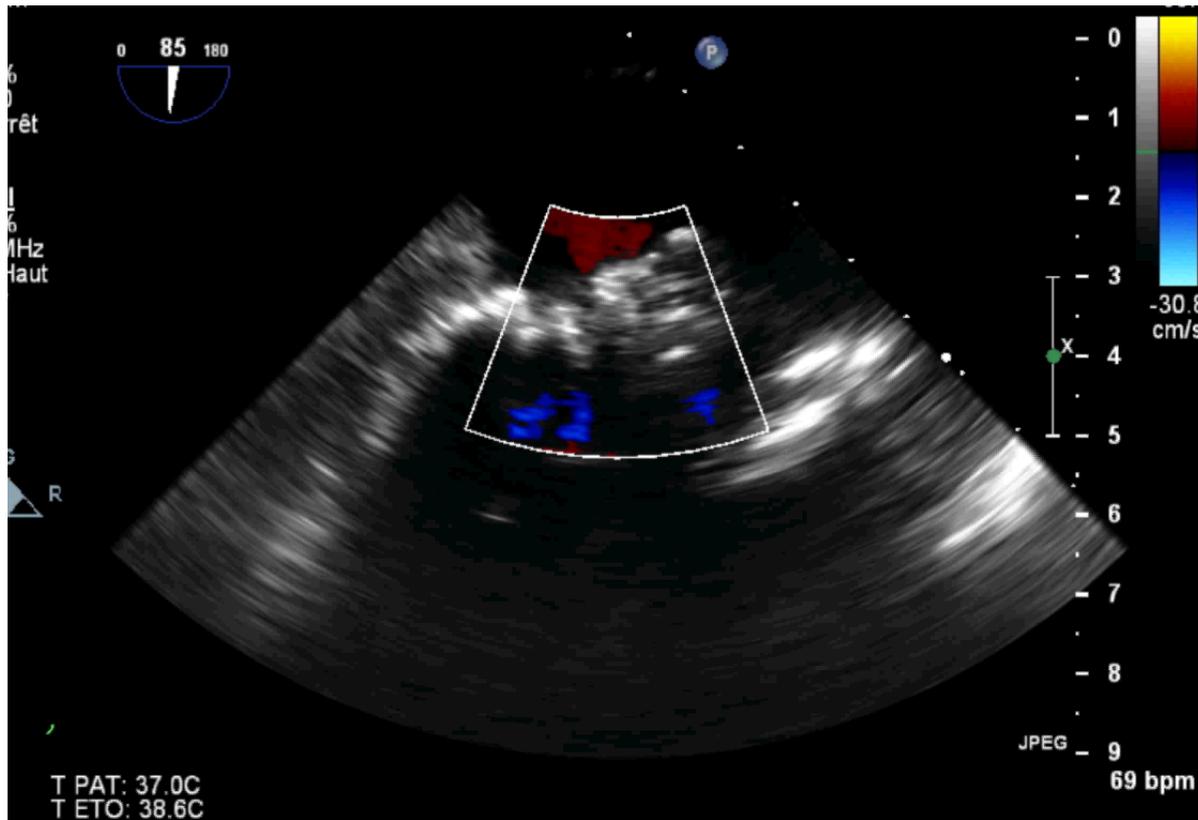


C4



T PAT: 37.0C
T ETO: 38.0C

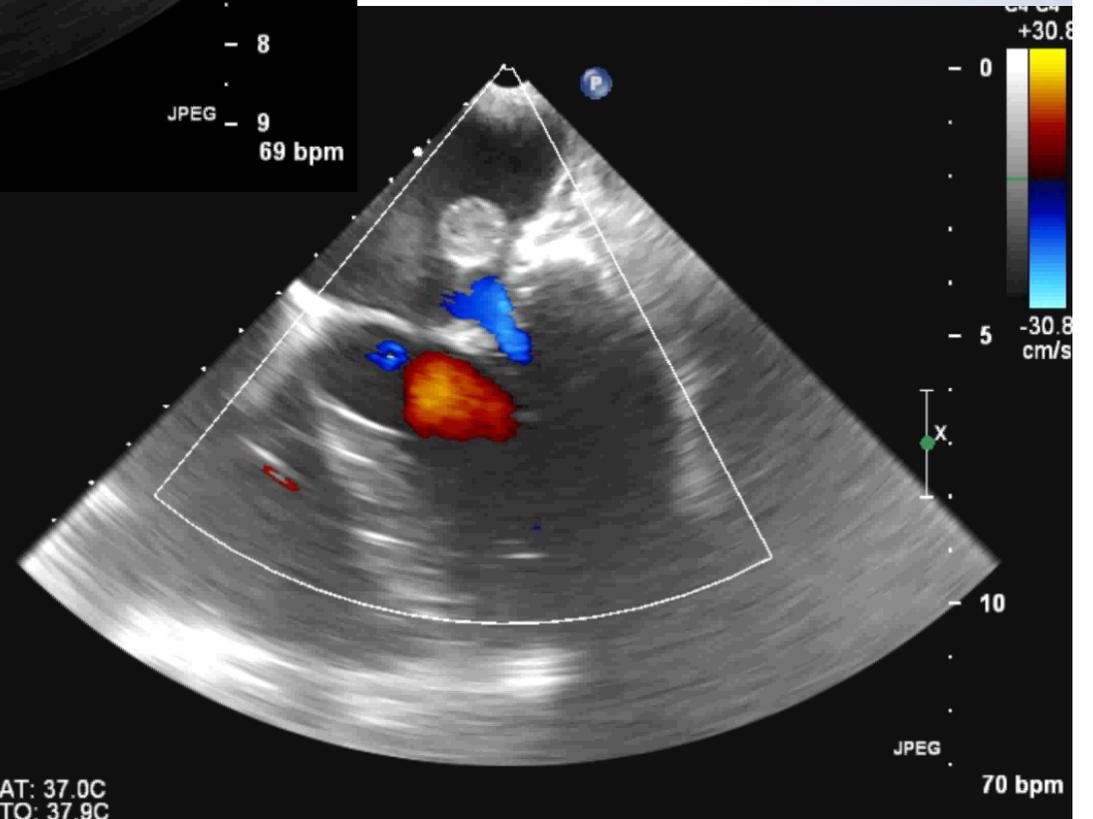
69 bpm

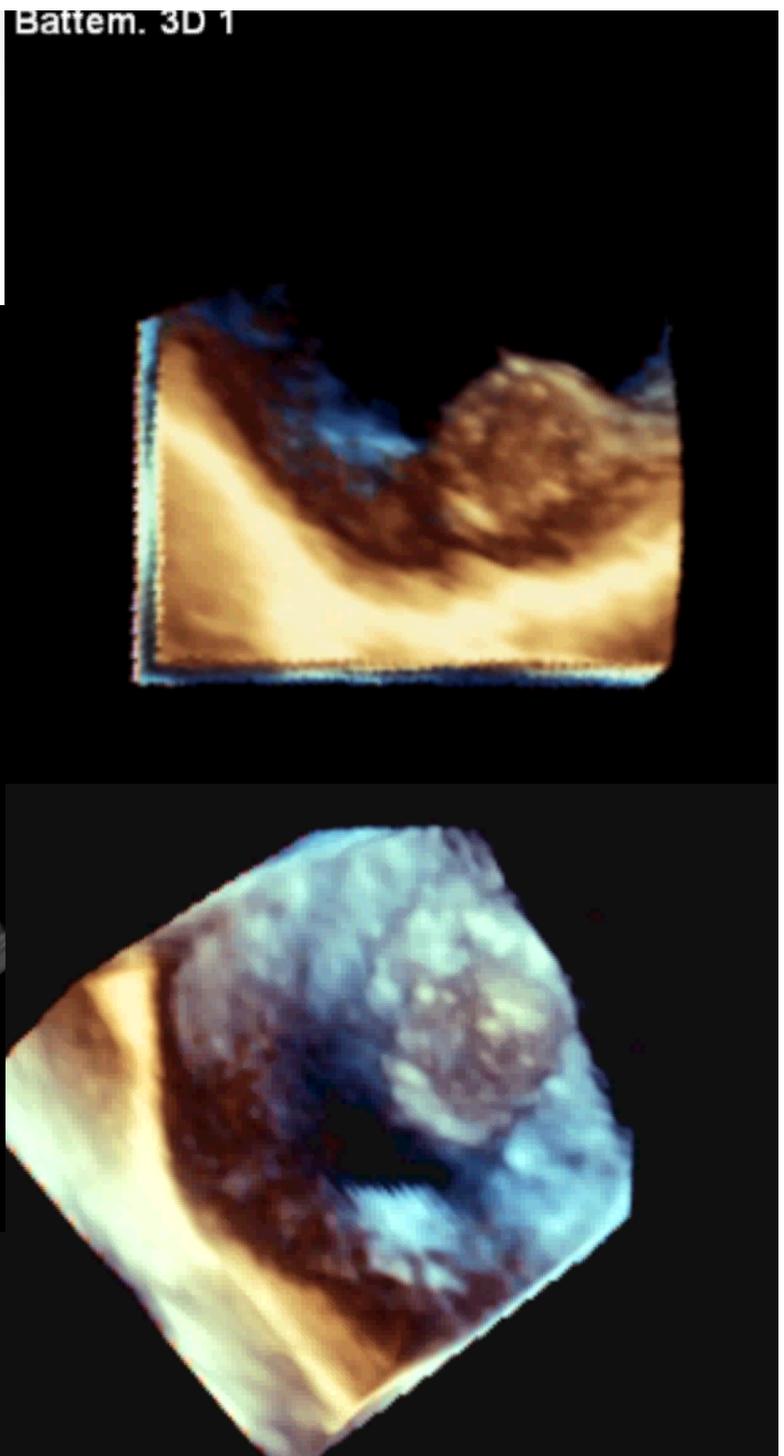
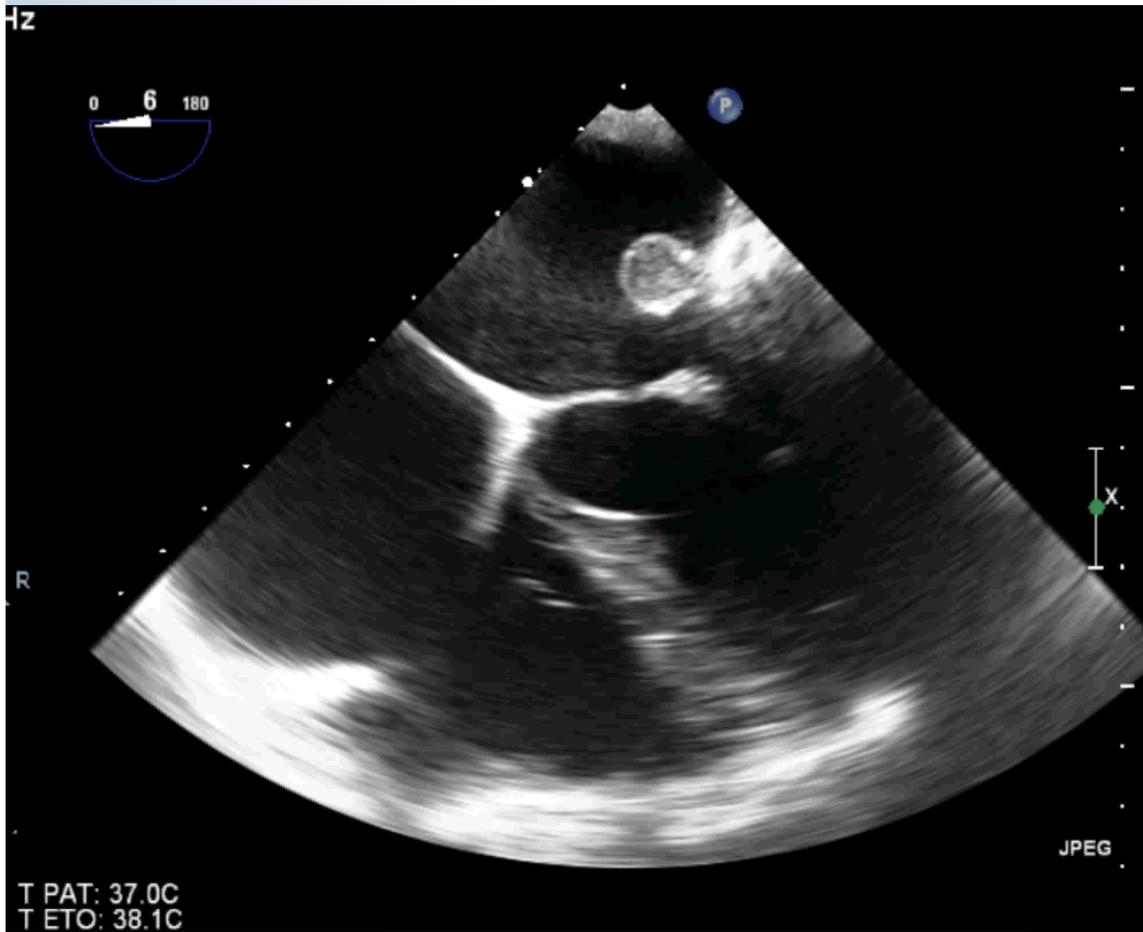


Coul
59%
4.4MHz
FP Haut
Moy

G
P R

T PAT: 37.0C
T ETO: 37.9C





A quoi pourrait correspondre cette masse ?

1. Joker
2. On le montre aux échographistes (tous)
3. On le montre au chirurgien qui veut bien donner son avis
4. On appelle le cardiologue du patient qui s'est sûrement posé la même question avant
5. Il s'agit d'un caséome (calcification caséuse), c'est évident ...

A quoi pourrait correspondre cette masse ?

1. Joker
2. On le montre aux échographistes (tous)
3. On le montre au chirurgien qui veut bien donner son avis
4. On appelle le cardiologue du patient qui s'est sûrement posé la même question avant
5. Il s'agit d'un caséome (calcification caséuse), c'est évident ...

Conclusion

- Diagnostic échographique pas toujours évident
- En particulier dans les formes pseudo-tumorales
- Comparaison des examens ++
- Echange ++



Merci pour votre attention

moceri.p@chu-nice.fr