

Cas cliniques

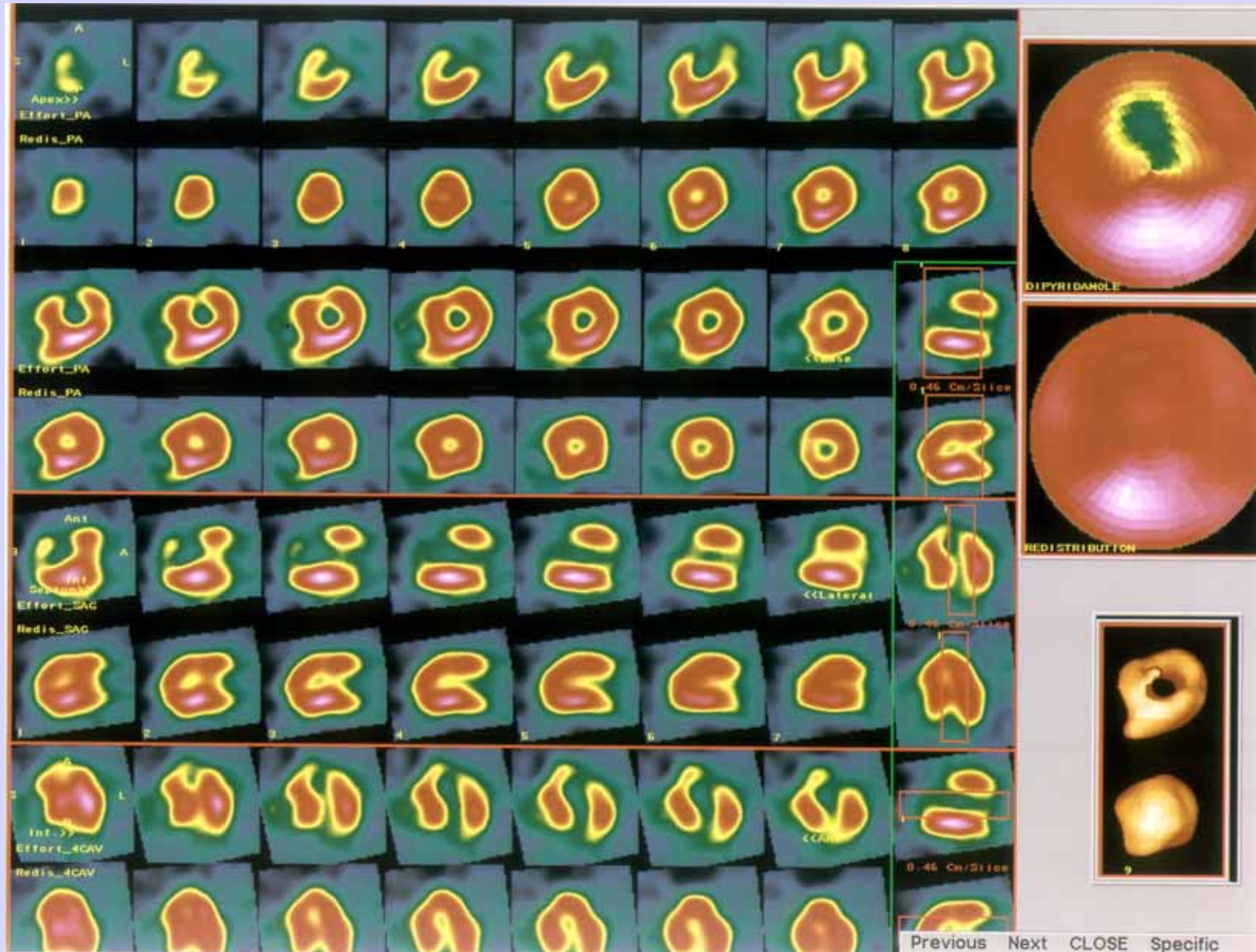
Dr Eric OUHAYOUN

Service de Médecine
Nucléaire Purpan

Mr K... Etienne

- 77 ans, ATCD IDM antérieur en 83
- Récidive douloureuse en février 97
- > Coro :
 - 55 % IVA
 - 80 % PL1
- ATC PL1
- Ventriculographie isotopique :
 - CS normale
 - FEV : 65%
- 11/97 : nouvelle récurrence douloureuse

Mr K... Etienne



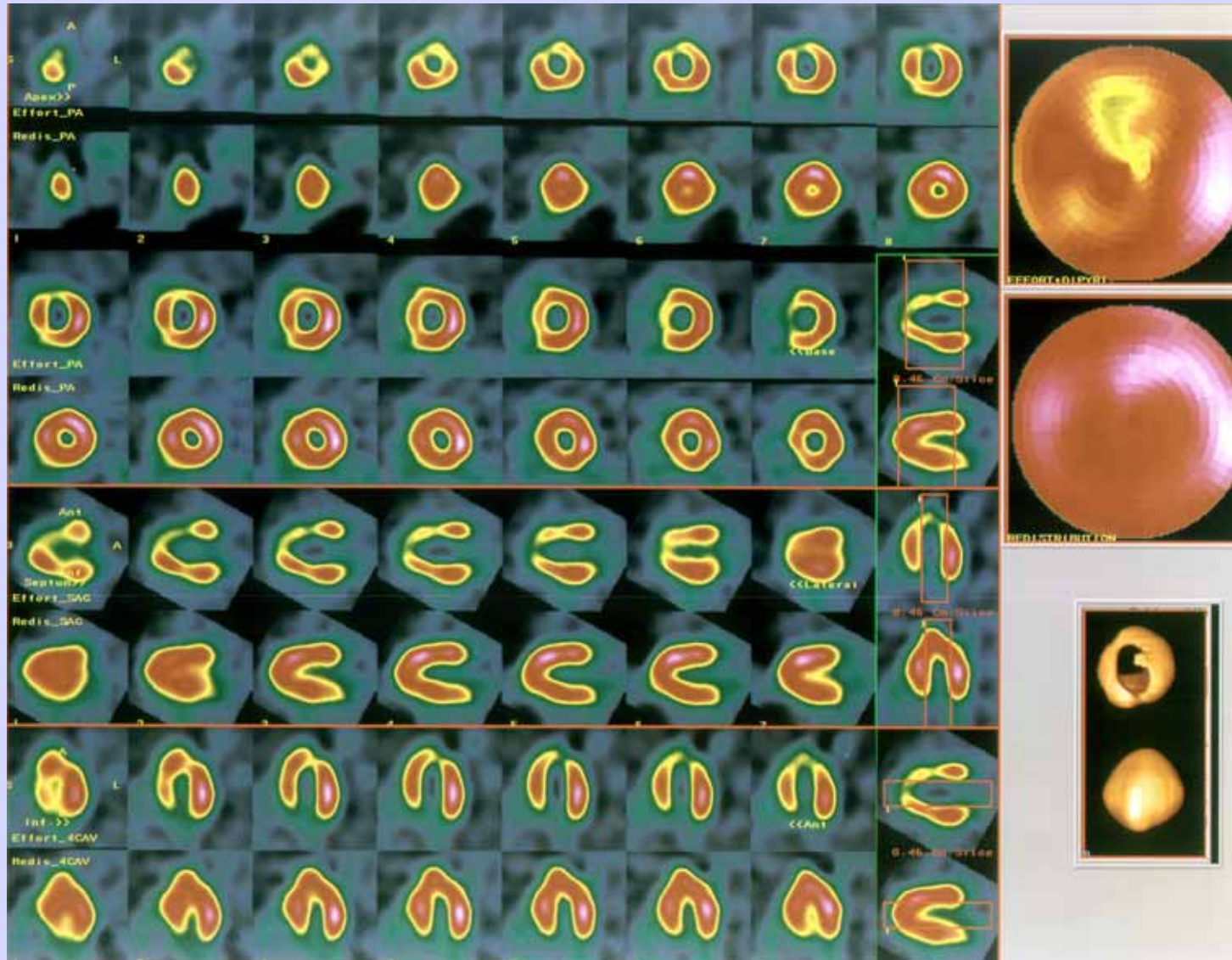
Mr D... Alain

- 69 ans
- HMA : cardiopathie ischémique découverte à 67 a (1994) suite à l'apparition sur un ECG d'ondes Q (D1VL), précédées de dorsalgies d'effort (bilan négatif...)
- CORO : IVA2 occluse, peu de séquelles, pas de geste
- Suivi par EE négatives
- En 96 EE se positive électriquement
- Examen à demander?
- Pourquoi?

Mr D... Alain (2)

- Un thallium est proposé
- > Ischémie modérée en antérieur
- >> Modification du traitement médical
- En 98, récurrences douloureuses
- Examen proposé? Pourquoi?

Mr D... Alain (3)



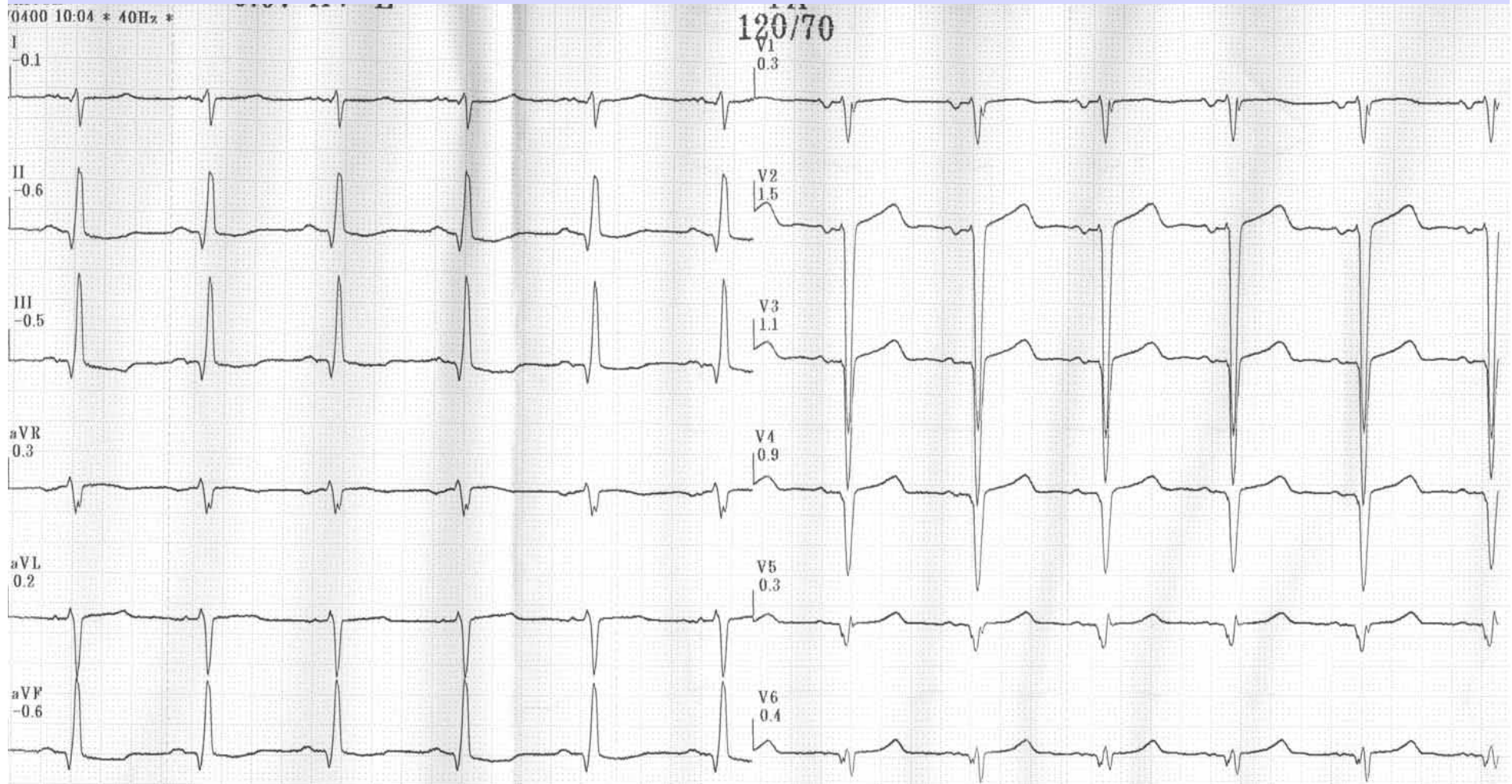
Mr D... Alain (4)

- Indication de revascularisation car :
 - > ischémie antérieure et inférieure
 - > ischémie sévère et étendue
- Absence de séquelle de nécrose
- CORO : stent CD - I VA non revascularisable
- Suivi par Thallium à 1 an :
 - Pas d'ischémie en inférieur
 - Très légère amélioration antérieure
- > Discussion d'un pontage I VA

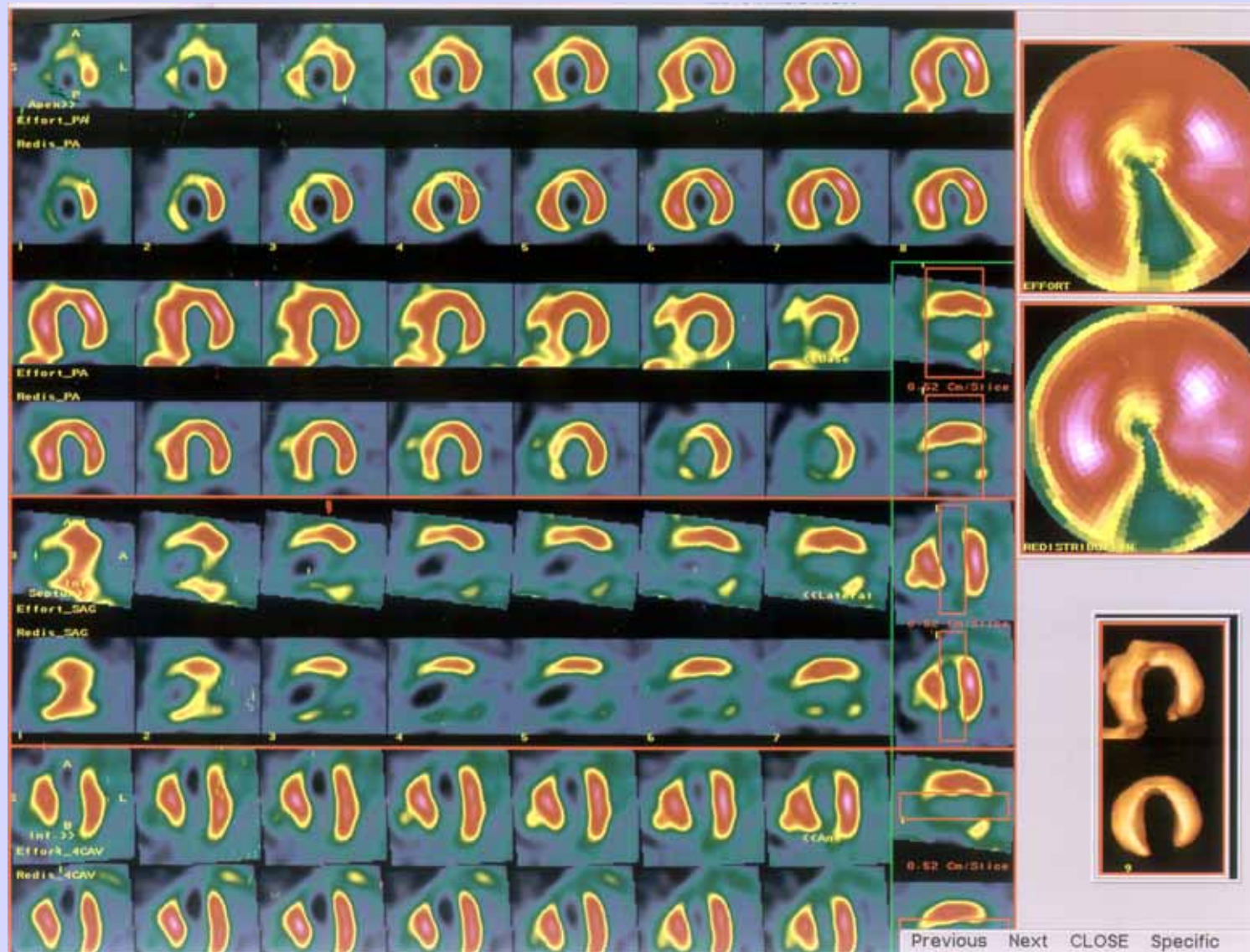
Mr Z... Roger

- 63 a
- ATCD pontage 1985 (I VA - D1)
- Bilan pré opératoire chirurgie vasculaire
- ECG : séquelle antérieure et inférieure

Mr Z... Roger



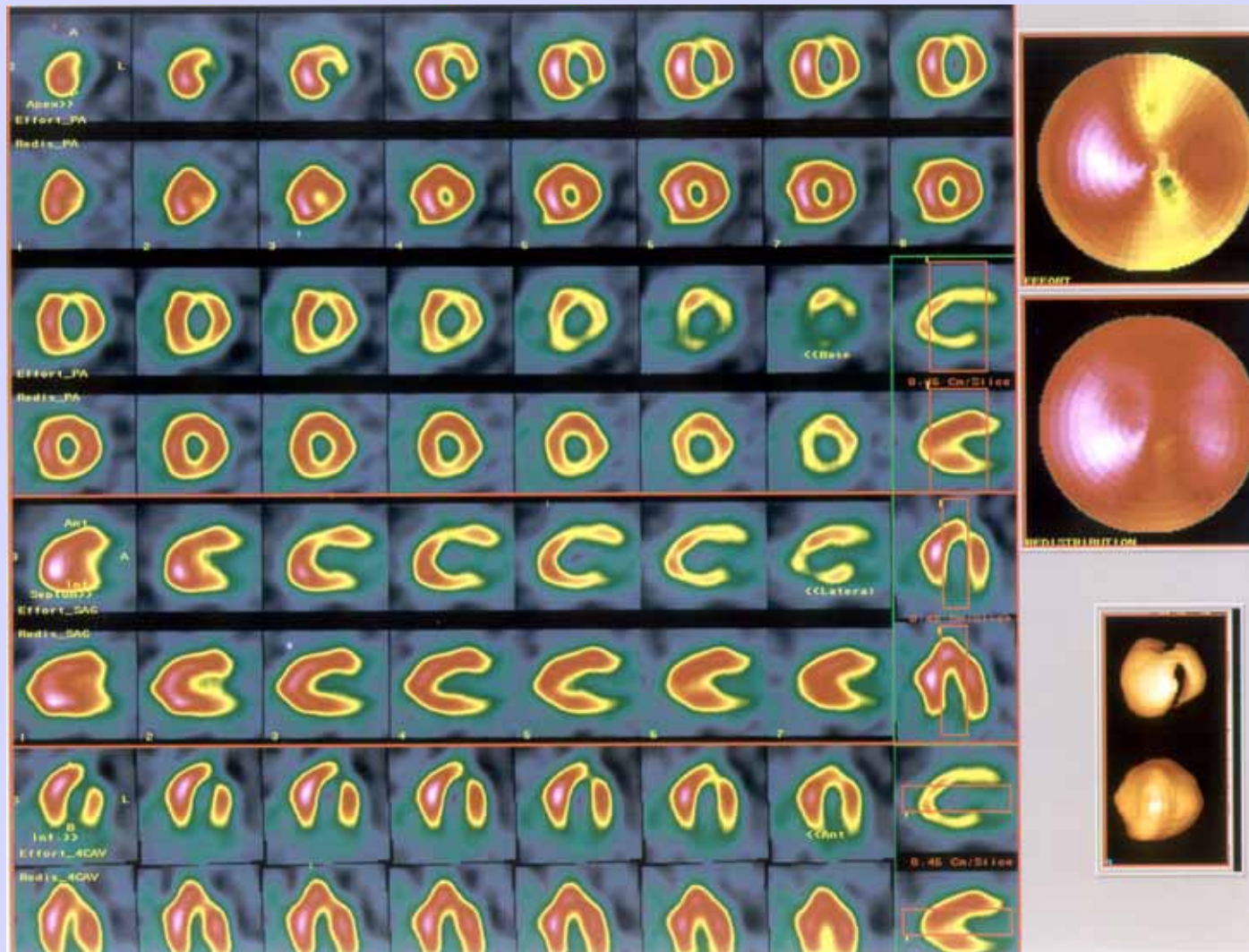
Mr Z... Roger (2)



D... André

- 59 ans
- Bilan pré opératoire chirurgie de vessie
- ATCD angioplastie 1995 (I VA)

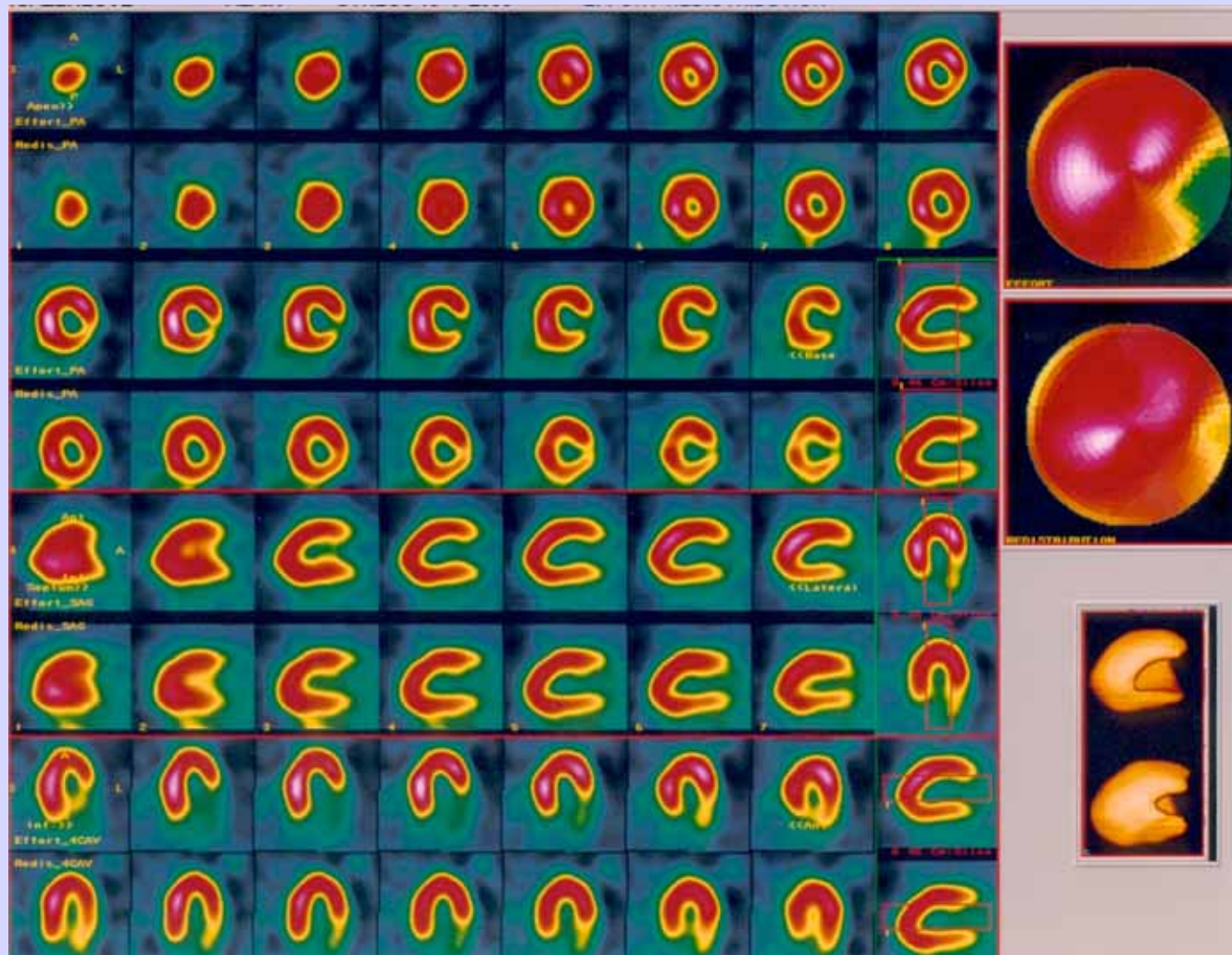
D... André



C... Alain

- 39 a
- DID > 10 ans évolution
- Dialysé depuis 6 mois
- Symptomatologie de pesanteur thoracique
- Perspective de greffe rénale

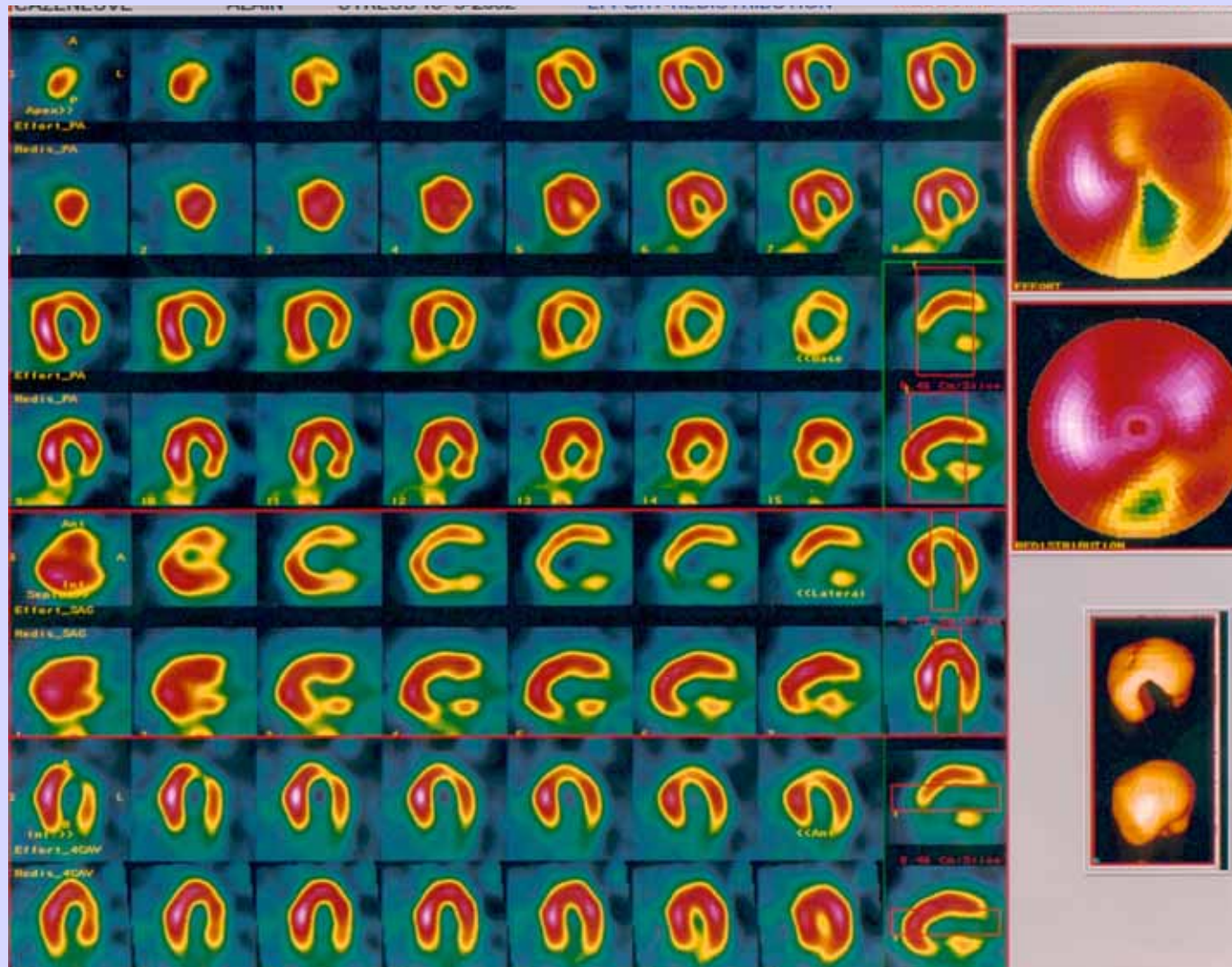
Mr C... Alain (2)



C... Alain (3)

- Suivi après stents + irradiation
- Contrôle 2 mois après par coro : RAS
- Déséquilibré récent du diabète
- Asymptomatique par ailleurs
- > scintigraphie
 - Pourquoi?

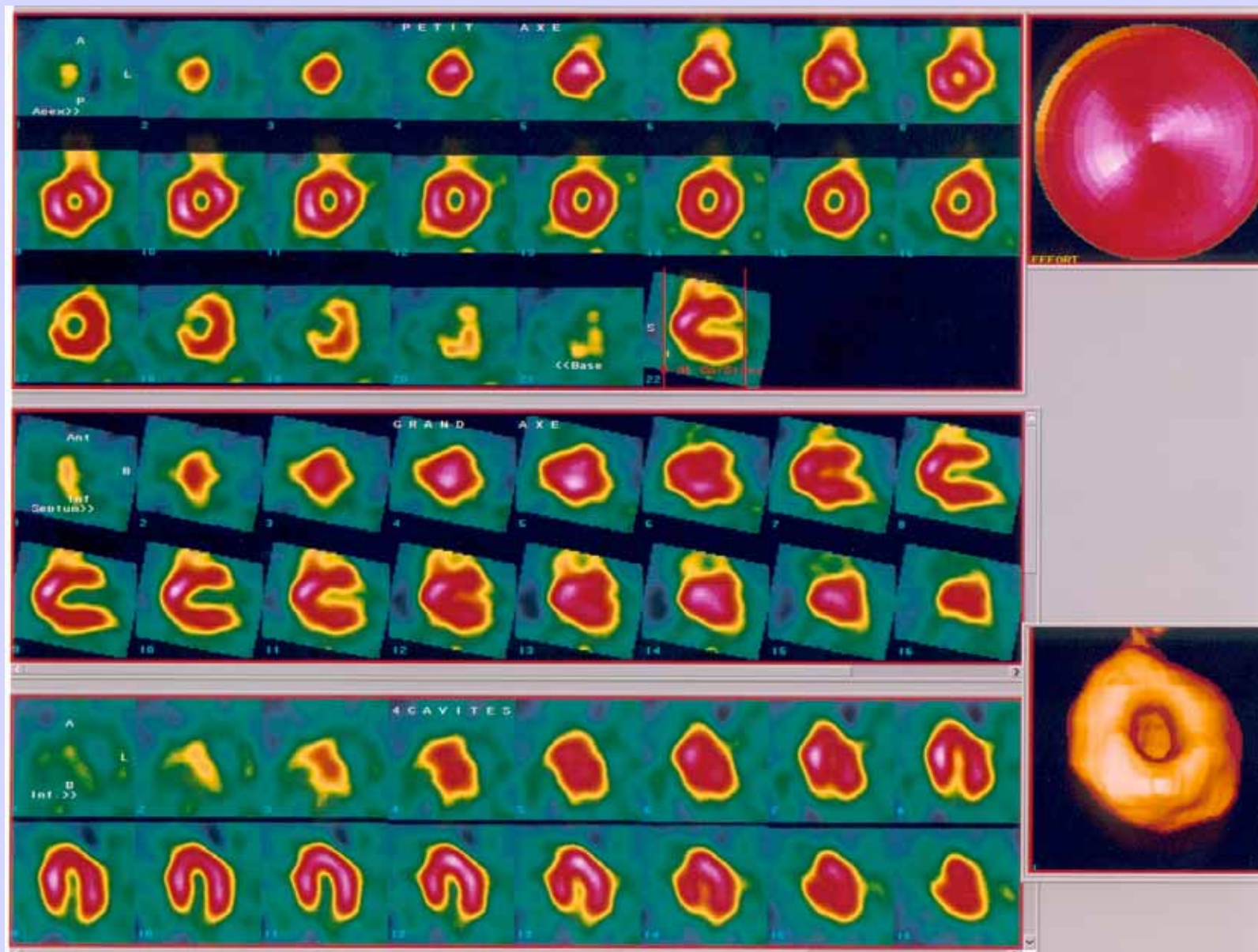
Mr C... Alain (4)



R... Michel

- 49 ans
- FR +++ (tabac, HTA Cholestérol)
- Bilan pré op chirurgie carotidienne
- AOMI associée : périmètre de marche 200 m
- > examen à proposer et pourquoi?

Mr R... Michel (2)

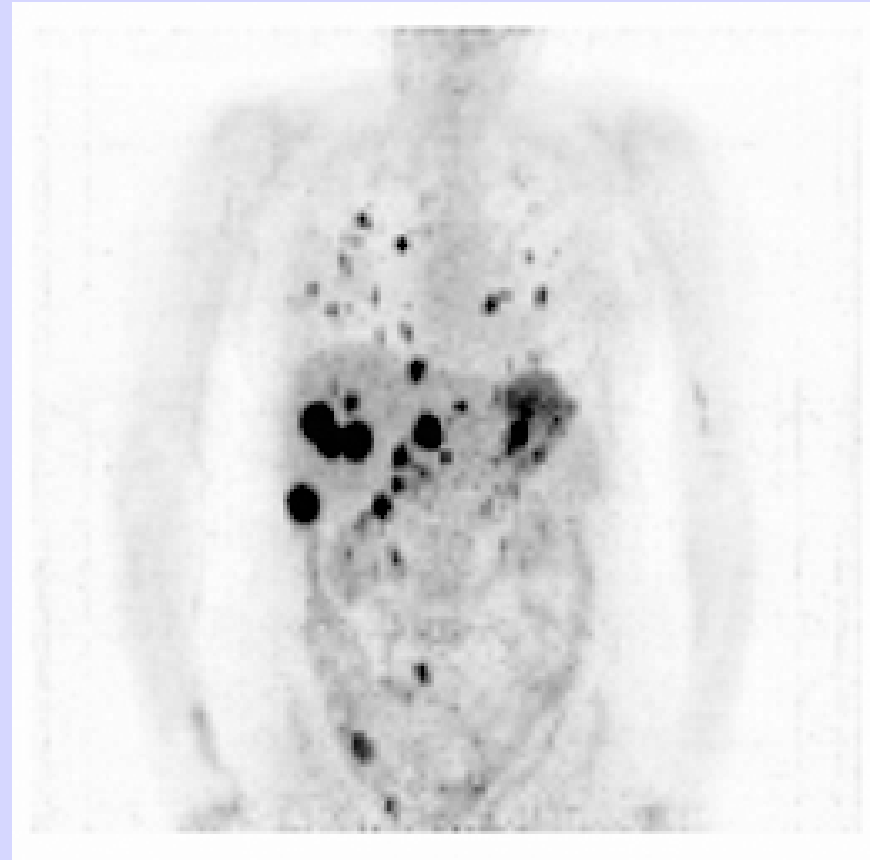


Mr R... Michel (3)

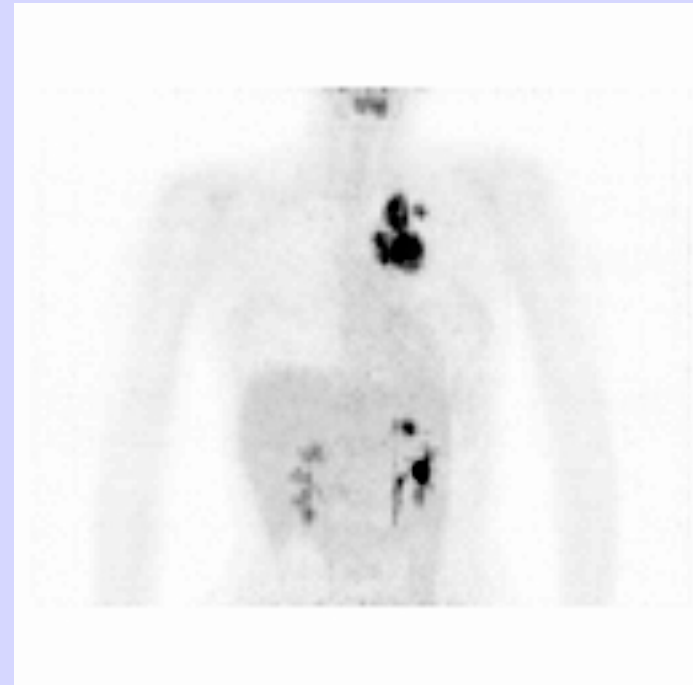
- En post op immédiat :
 - Douleur thoracique
 - Modifications ECG associées
- Coro 10 jours après :
 - I VA prox : 70%, moy 50%, distale 20%
 - D1 : 60%
 - Cx : 60%
 - CD2 : 70%
- Pont I VA proposé...

FDG dans lymphome

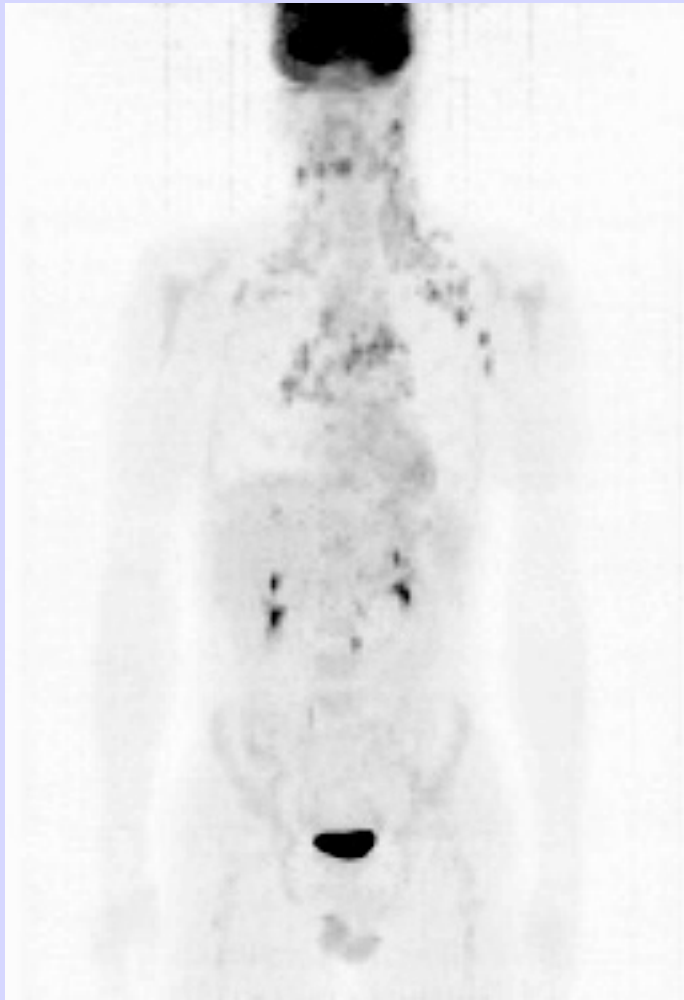
- F 58 a LMNH agressif
- Bilan fin traitement
- Masse résiduelle hépatique de 4 cm à l'écho



Suivi Masse résiduelle MH



Surveillance masses résiduelles lymphome



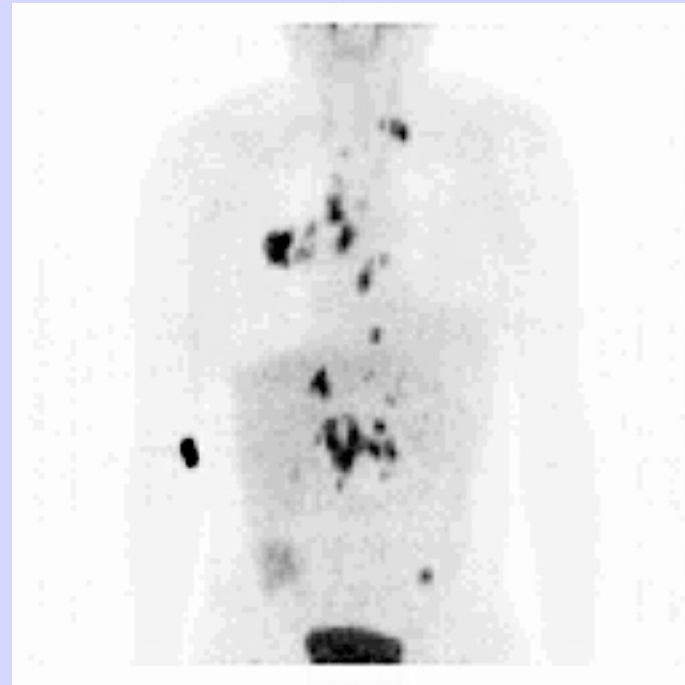
Exploration masse pulmonaire

- Masse LSD
- Scanner :
 - Doute ADNP médiastinales supra centimétriques
- Bilan opérabilité



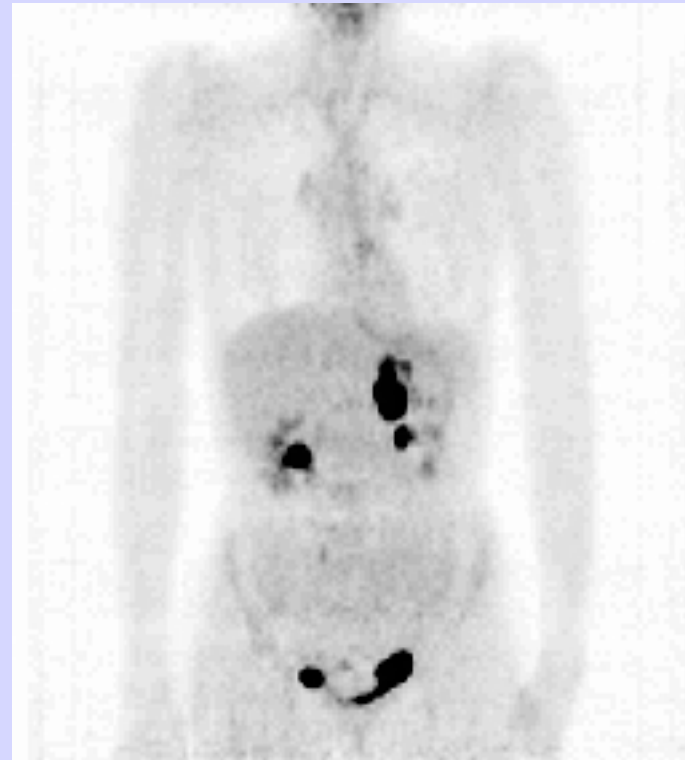
Bilan extension néo pulmonaire

- H 57a, VIH + stable, OMS 0
- Masse LM
- Scanner :
 - qq ganglions médiastinaux limites
 - Surrénales hypertrophiques
 - Masses tissulaires péri-aortiques
- Indication opératoire?



Suivi néo pulmonaire opéré

- F 48 a opérée
ANDK en 99
- Augmentation ACE
depuis 1 an
- Bilan étiologique



Recherche Primitif

- Bilan d'un syndrome paranéoplasique sans primitif décelé...



QUESTION DCEM1 1999

Principe et intérêt du test au captopril dans l'exploration de l'hypertension rénovasculaire.

Eléments de réponse :

- Origine : sténose de l'artère rénale
- Conséquences : Diminution du DFG compensée par le SAR
- Principe du test : bloquer la compensation par le SAR
- Médicament utilisé : Captopril = IEC
- Traceur utilisé DTPA ou MAG3
- Type d'examen réalisé : néphrogramme (acquisition dynamique lors du transit du traceur dans les cavités rénales, extraction de courbes temps/activité pour chaque rein) réalisé sous stimulation pharmaco (Capto) et à l'état basal
- Résultat : si HRV, néphrogramme sous capto anormal, néphrogramme basal normal
- Intérêt : Test non invasif, Fonctionnel et non morphologique, permet de ne passer aux explorations invasives qu'en 2^e intention. Un Capto normal "élimine" une HRV.
- Implications dans le traitement : Si test +, la correction de la sténose guérit l'HTA
- Conclusion : examen sensible et spécifique, permettant d'imputer une HTA à une sténose de l'AR.
- Le petit "plus" : description sommaire de la réalisation pratique de l'examen (2/20).

M^{me} R., 52 ans, consulte son médecin traitant pour des douleurs thoraciques à l'effort.
Celui-ci l'envoie à un confrère cardiologue pour réalisation d'une épreuve d'effort.
Celle-ci reproduit les douleurs mais sans modification électrocardiographique associée.
Le cardiologue suggère donc de réaliser une scintigraphie myocardique.

Q1 / Pourquoi selon vous ? (1 pt)

Revenant voir son médecin traitant, M^{me} R lui demande comment va se dérouler l'examen et quelles sont les précautions à prendre avant celui-ci.

Q2 / Que doit lui répondre son médecin ? (1,5 pt)

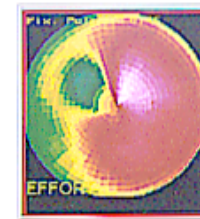
Dans le service de Médecine Nucléaire, après une perfusion de dipyridamole (PersantineTM), une épreuve d'effort est réalisée. Celle-ci provoque les douleurs habituelles mais accompagnées cette fois-ci d'anomalies électrocardiographiques.

Q3 / Pourquoi selon vous ? (0,25 pt)

Le traceur est alors injecté.

Q4 / Quels sont les traceurs utilisables et leur avantages ? (1,25 pt)

La scintigraphie de stress est ensuite réalisée et le résultat vous est présenté ci-dessous :



Q5 / Comment appelle-t-on ce type de représentation et quels sont ses avantages ? (1 pt)

Q6 / La scintigraphie vous paraît-elle normale ? Quelle est la suite de l'examen (le traceur utilisé est le Thallium) ? (1 pt)

La deuxième partie de l'examen est normale.
Quelles conclusions en tirez-vous ?

Q7 / Sur la pathologie présentée par la patiente (0,75 pt)

Q8 / Sur la localisation des anomalies ? L'atteinte vous paraît-elle sévère ? (0,5 pt)

Q9 / Quels autres critères de gravité allez-vous chercher sur la scintigraphie ? (0,5 pt)

Q10 / Faut-il proposer à Me R un autre examen ? si oui, lequel ? (0,25 pt)

QUESTION 3 : Cas clinique

DCEM 1 – Juin 2002

M^r A. , 52 ans, consulte son cardiologue dans le cadre de son suivi après infarctus du myocarde datant de 8 ans. La dernière consultation remonte à 2 ans. Le patient était alors asymptomatique et son épreuve d'effort négative (charge 180W).

Ce qui motive la consultation actuelle est la présence de douleurs précordiales atypiques depuis 3 mois, survenant au petit matin sans lien avec l'effort.

Q1 / Quel examen proposer en première intention et pourquoi? (0,5 pt)

Cet examen reproduit les symptômes du patient, sans autre anomalie associée.

Q2 / Peut t'on conclure? Est il licite de compléter par une scintigraphie myocardique et pourquoi ?(1,5 pt)

Un rendez vous est pris en Médecine Nucléaire.

Q3 / Quelles recommandations faites vous au patient pour le jour de l'examen? (1pt)

Une épreuve d'effort précédée d'une perfusion de persantine (dipyridamole) est réalisée.

Q4 / Quels est l'intérêt de la persantine? (1 pt)

Le traceur est ensuite injecté.

Q5 / Quels sont les traceurs utilisables , leurs avantages et inconvénients respectifs? (1,5 pt)

La scintigraphie est ensuite réalisée et le résultat vous est présenté ci dessous :

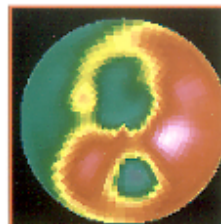


Figure 1 : effort

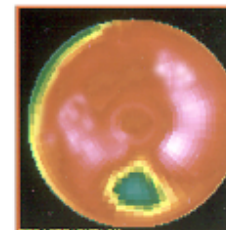


Figure 2 : repos

Q6 / Comment appelle t'on ce type de représentation et quels sont ses avantages ? (1 pt)

Q7 / A quoi correspond l'aspect scintigraphique dans le territoire antéro septal ? (1 pt)

Q8 / A quoi correspond l'aspect scintigraphique dans le territoire inférieur? (1 pt)

Le patient présentait, sur la coronarographie réalisée il y a 8 ans, une sténose de 50% sur l'interventriculaire antérieure (IVA) et de 50 % sur la rétro ventriculaire droite(branche de la CD).

Q9 / Quelle déduction faites vous à partir des résultats de la scintigraphie (1 pt)

Q10 / Faut il proposer à Mr R un autre examen ? si oui, lequel ? Dans quel but ? (0,5 pt)