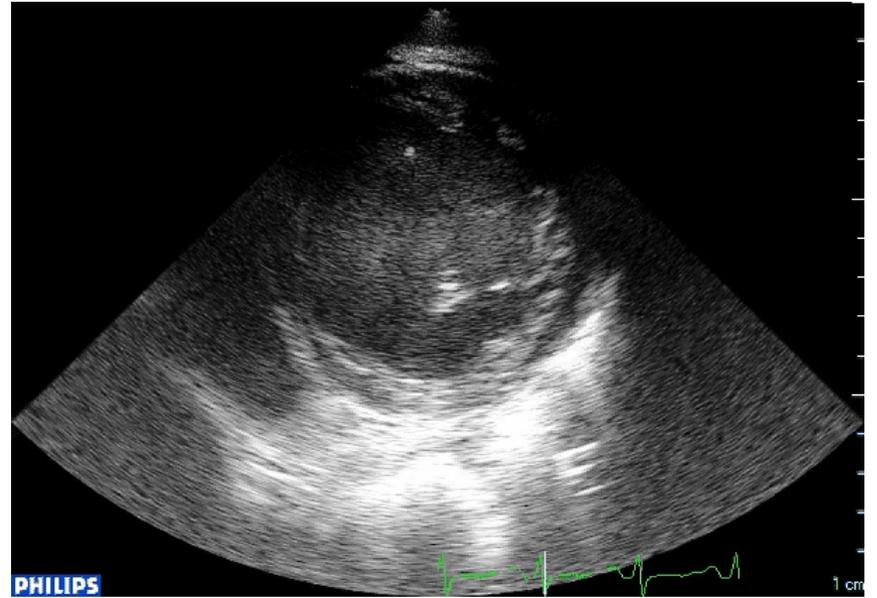


# Cas clinique 1

- Patient de 48 ans
- Antécédents: diabète, HTA
- Toux sèche, purpura, lésions bulleuses des pieds et ischémie des orteils
- TA :86/58 mmHg FC: 110 bpm

L'auteur n'a pas déclaré  
de conflit d'intérêt



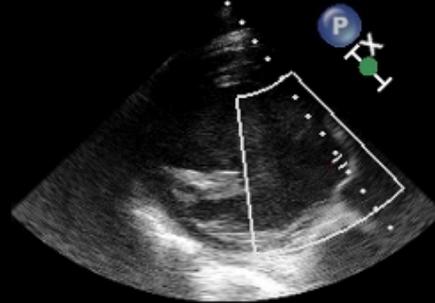
PHILIPS

30/12/2010 11:18:45 ITm1.5 IM 0.4

I. Mondor S7-2omni/ETOREA

CI 20Hz  
13cm

2D  
68%  
C 50  
P Arrêt  
HRés

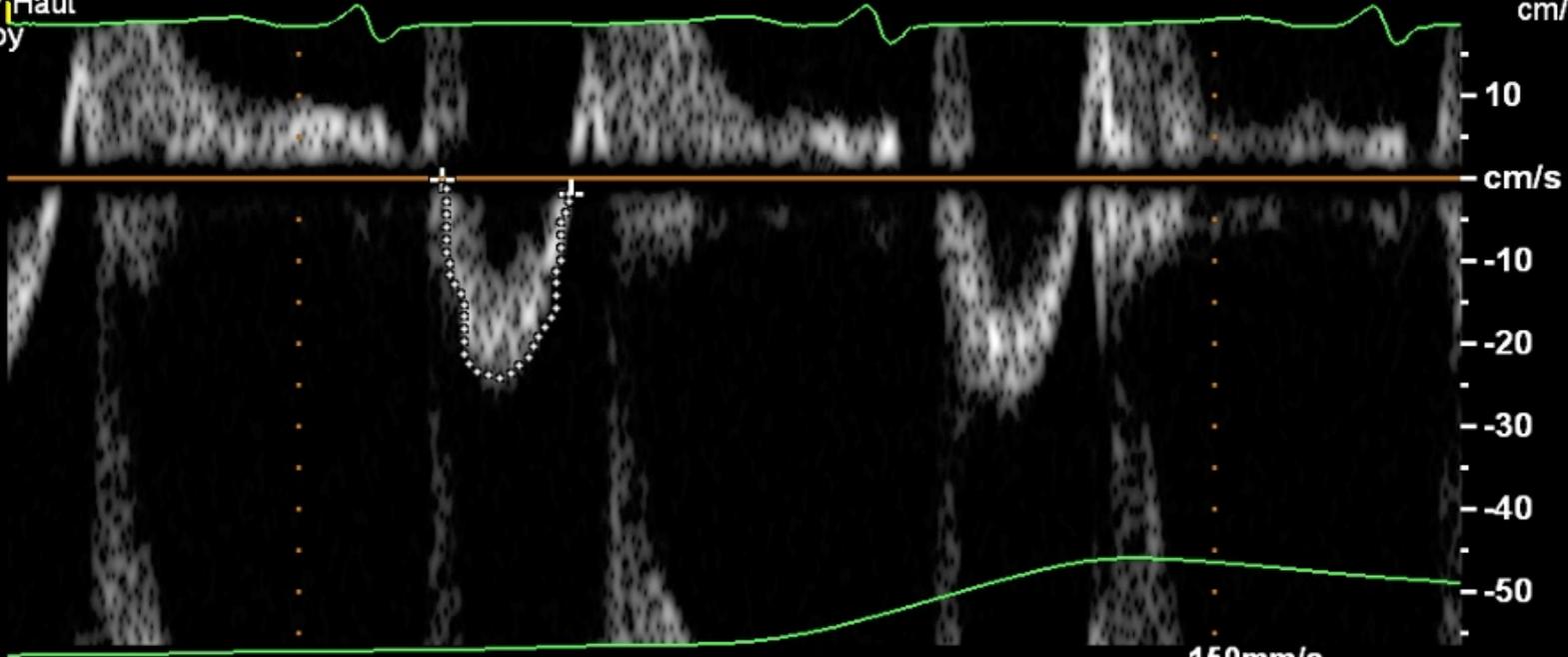


+ CCVG ITV

Vmax 24.1 cm/s  
Vmoy 17.5 cm/s  
GP max 0 mmHg  
GP moy 0 mmHg  
ITV 2.52 cm  
VE (CCVG) 10 ml  
DC (CCVG) 1.1 l/min



Coul  
70%  
4.9MHz  
FP Haut  
Moy



PHILIPS

150mm/s

108bpm

# A propos des constatations de l'échocardiographie

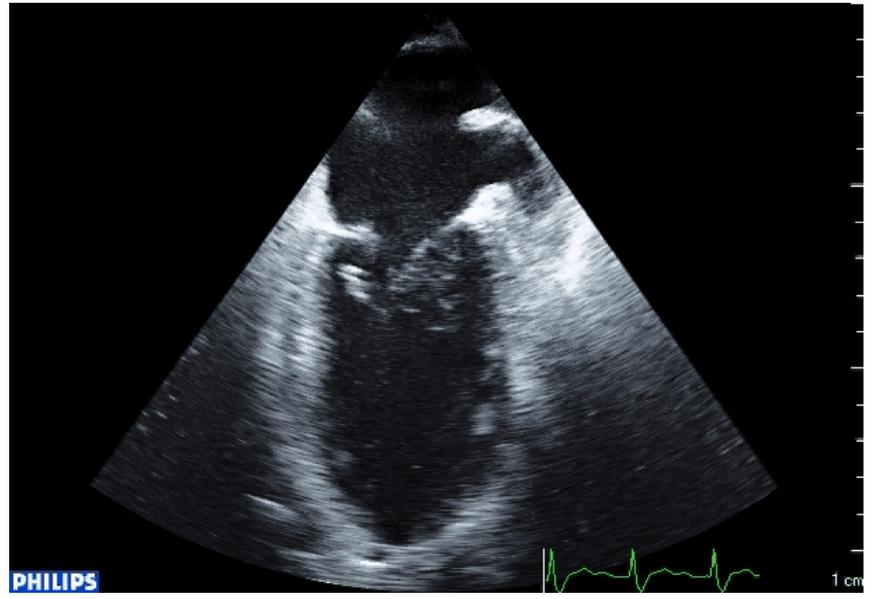
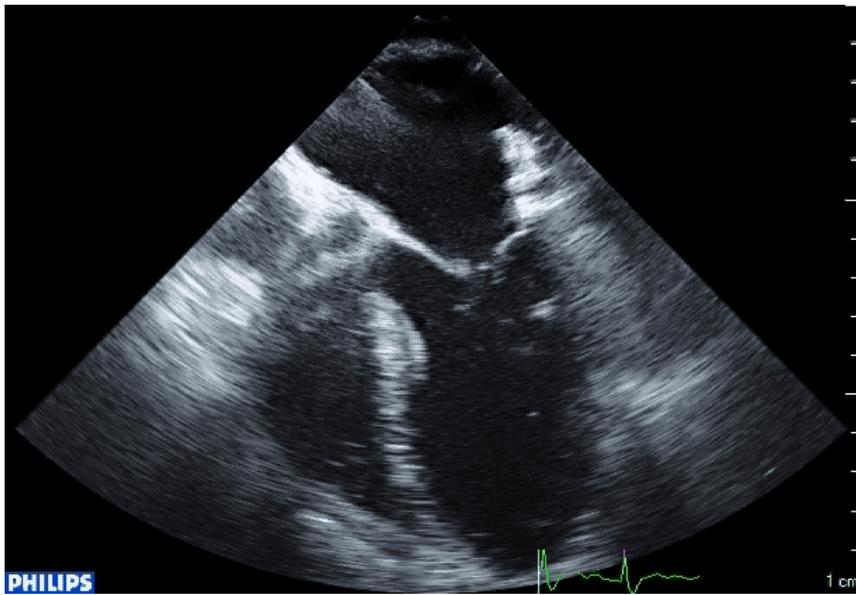


00

- 1 - Dysfonction VG systolique sévère
- 2 - Dysfonction VD systolique sévère
- 3 - Thrombus intra VG
- 4 - Thrombus intra VD
- 5 - Contraste spontané intracardiaque

# Cas clinique 2

- Patient de 85 ans
- Douleur thoracique et malaise
- TA 79/61 FC 103 marbrures des membres inférieurs et abdomen
- Signes cliniques d'insuffisance cardiaque
- ECG: sus-décalage ST en inférieur
- Coronarographie: angioplastie artère circonflexe
- Choc persistant



# A propos des constatations de l'échocardiographie



00

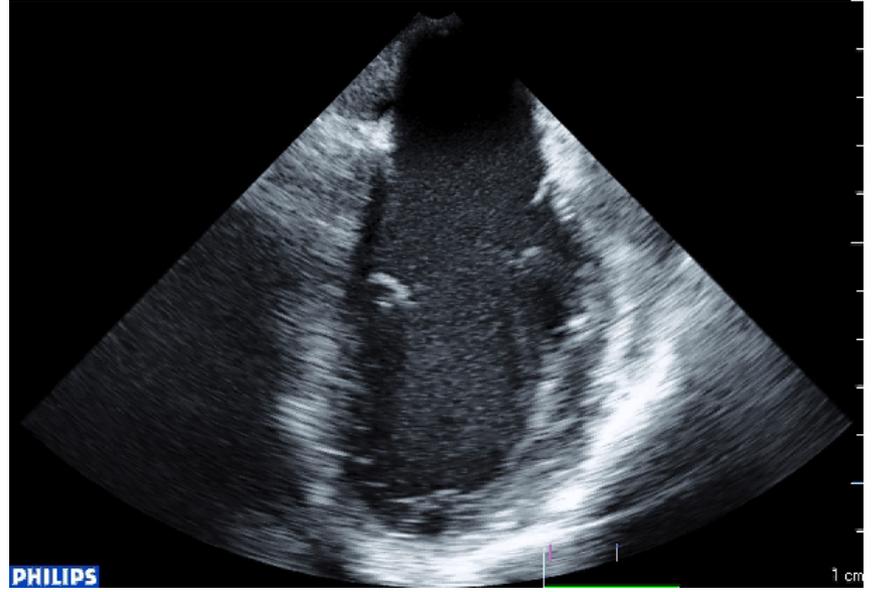
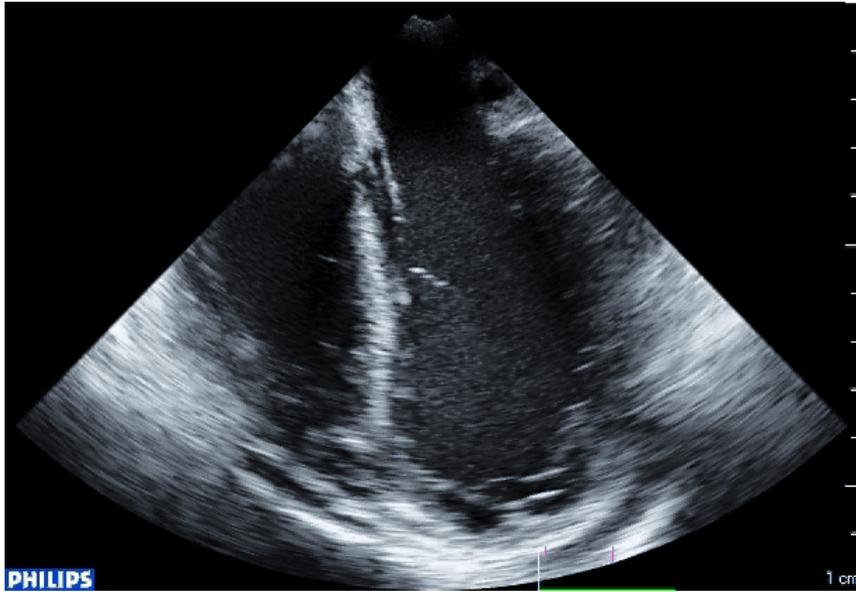
- 1 - Dysfonction VG systolique sévère
- 2 - Dysfonction VD systolique sévère
- 3 - Fuite mitrale sévère
- 4 - Endocardite mitrale
- 5 - Rupture du pilier de la mitrale

# Cas clinique 3

- Patiente de 64 ans
- Contage viral
- Fièvre, douleur basithoracique, détresse respiratoire
- Hypotension persistante malgré remplissage et introduction noradrénaline

# Radio de thorax





PHILIPS

27/01/2011 12:57:22 ITm0.1 IM 0.7

I. Mondor X7-2t/ETOREA3 D

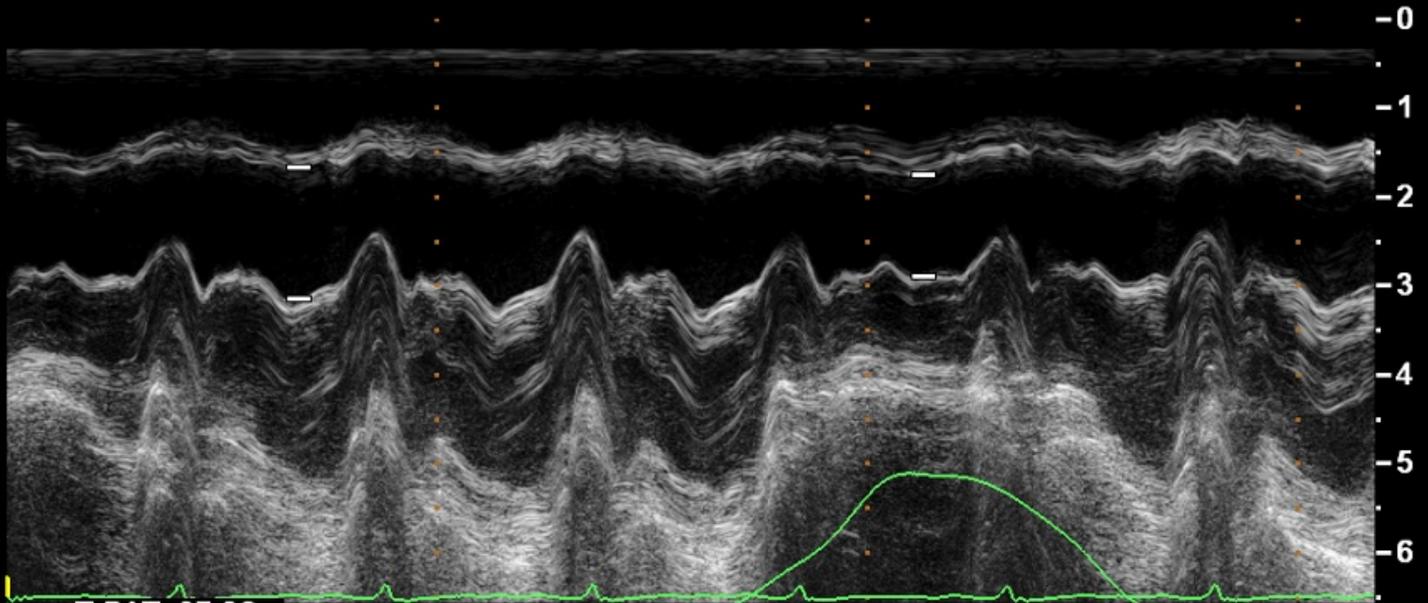
CI 100Hz  
7.0cm

2D / TM  
57% 57%  
C 50  
P Arrêt  
Gén



- VCS min VC 1.14 cm  
- VCS max VC 1.48 cm  
Collapsus VCS.VC 23 %

C3



PHILIPS

T PAT: 37.0C  
T ETO: 38.4C

75mm/s

123bpm

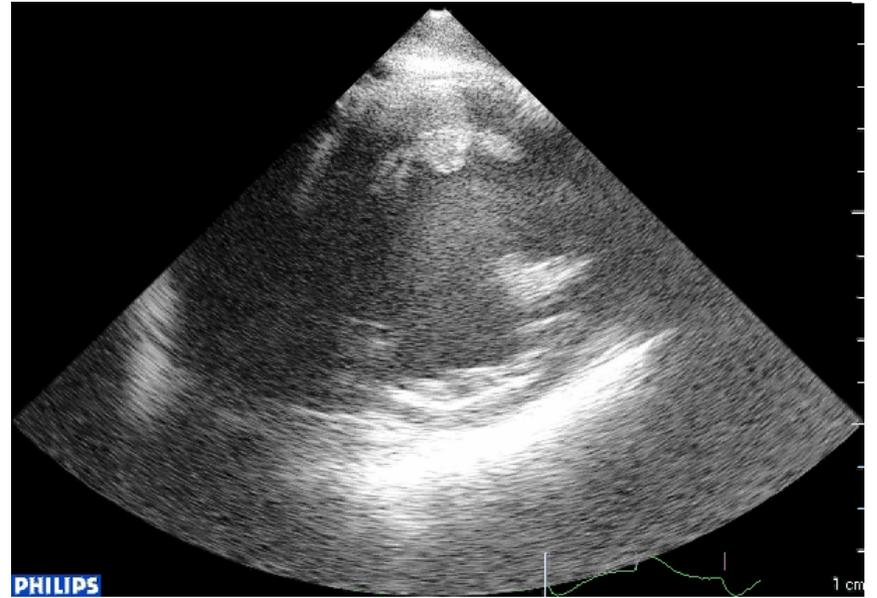


# Quelle attitude thérapeutique adopter ?

- 1 - J'intube le patient
- 2 - Je poursuis le remplissage vasculaire
- 3 - J'introduis de la dobutamine
- 4 - J'augmente la dose de noradrénaline
- 5 - Je mets en œuvre une déplétion

# Cas clinique 4

- Patient de 46 ans
- Antécédents: LED, dialyse chronique
- Fièvre, et détresse respiratoire nécessitant l'intubation
- 3 hémocultures prélevées la veille positives à BNG
- Hypotension persistante malgré le remplissage vasculaire



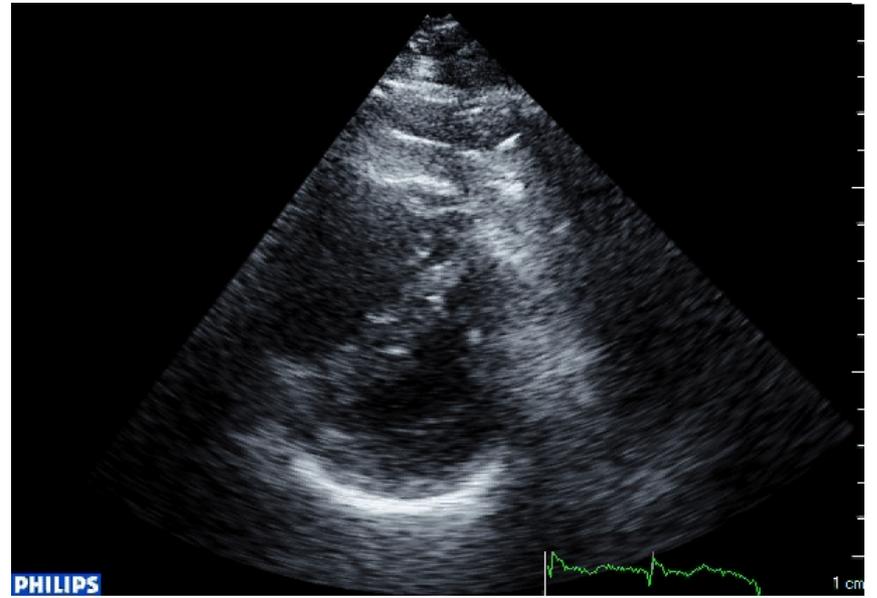
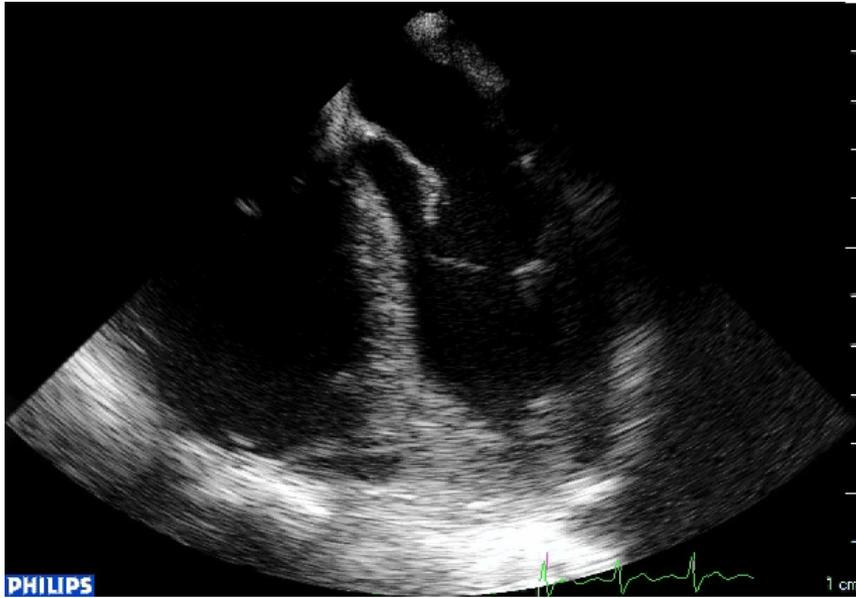


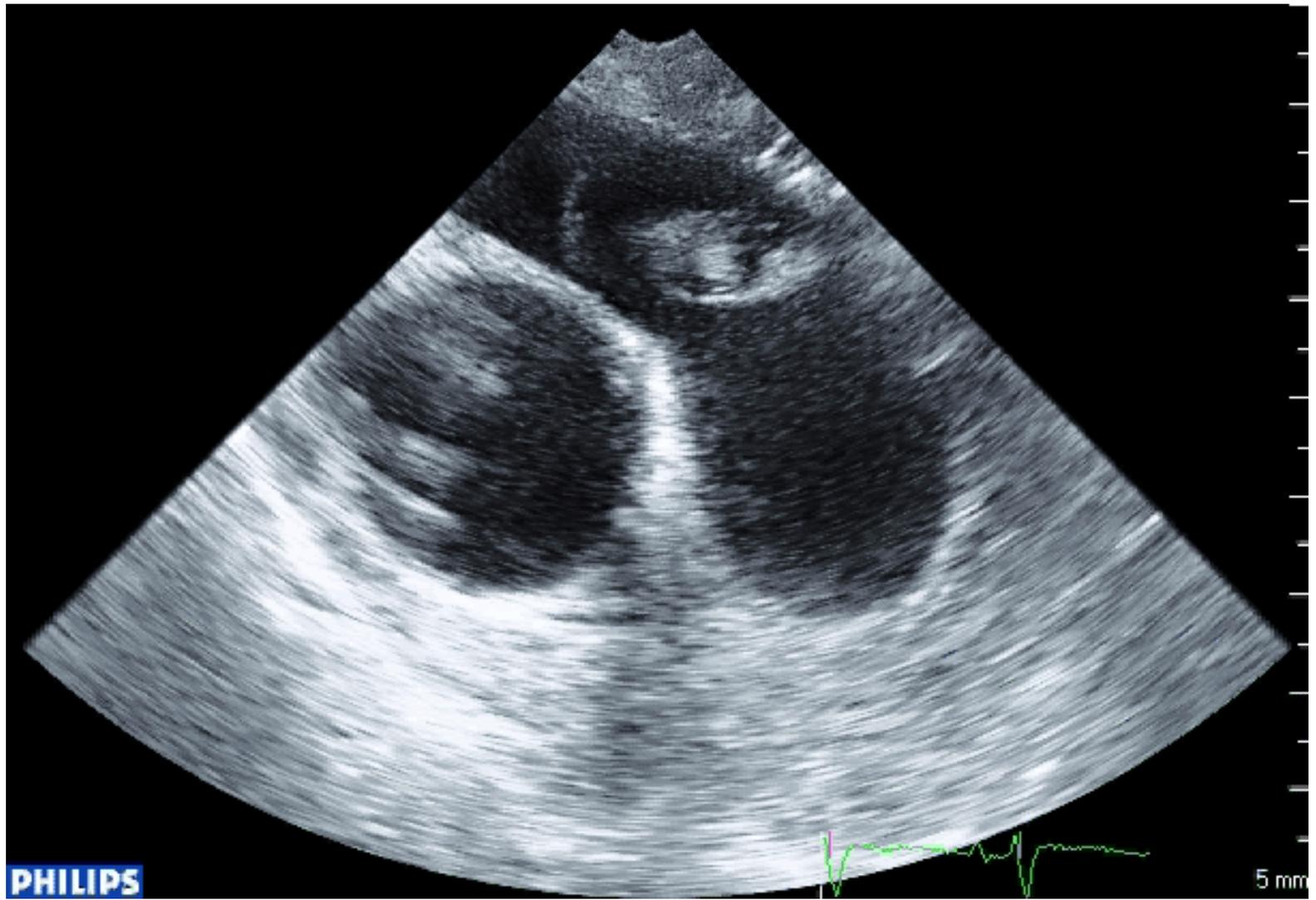
# A propos de l'état de choc

- 1 - Il s'agit d'un choc d'allure cardiogénique
- 2 - Il s'agit d'un choc d'allure septique
- 3 - J'introduis de la dobutamine seule
- 4 - J'introduis de l'adrénaline
- 5 - J'introduis de la noradrénaline et de la dobutamine

# Cas clinique 5

- Patient de 74 ans
- Appel BSPP pour malaise
- TA 70/42 FC 106
- ECG: ACFA et BBD
- ACR récupéré après bolus d'adrénaline





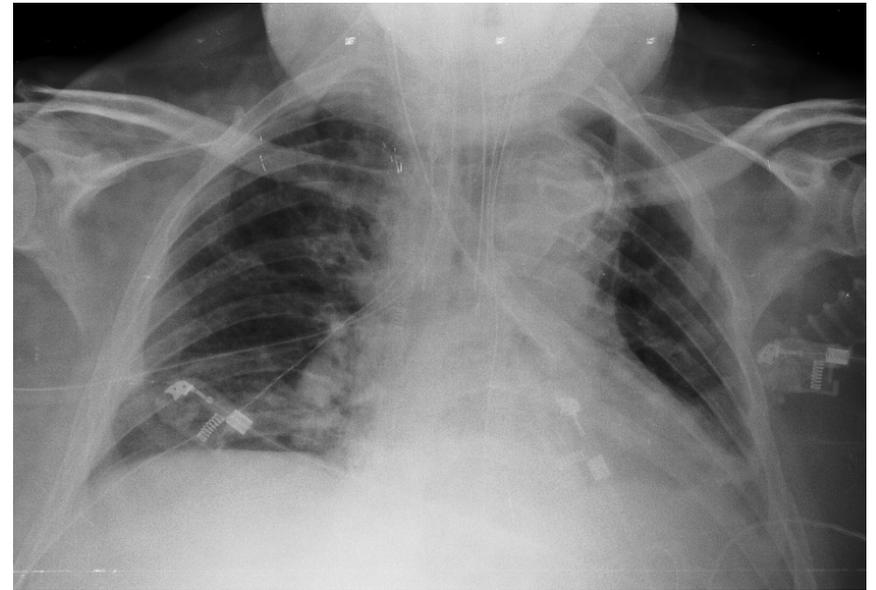


# A propos de l'état de choc

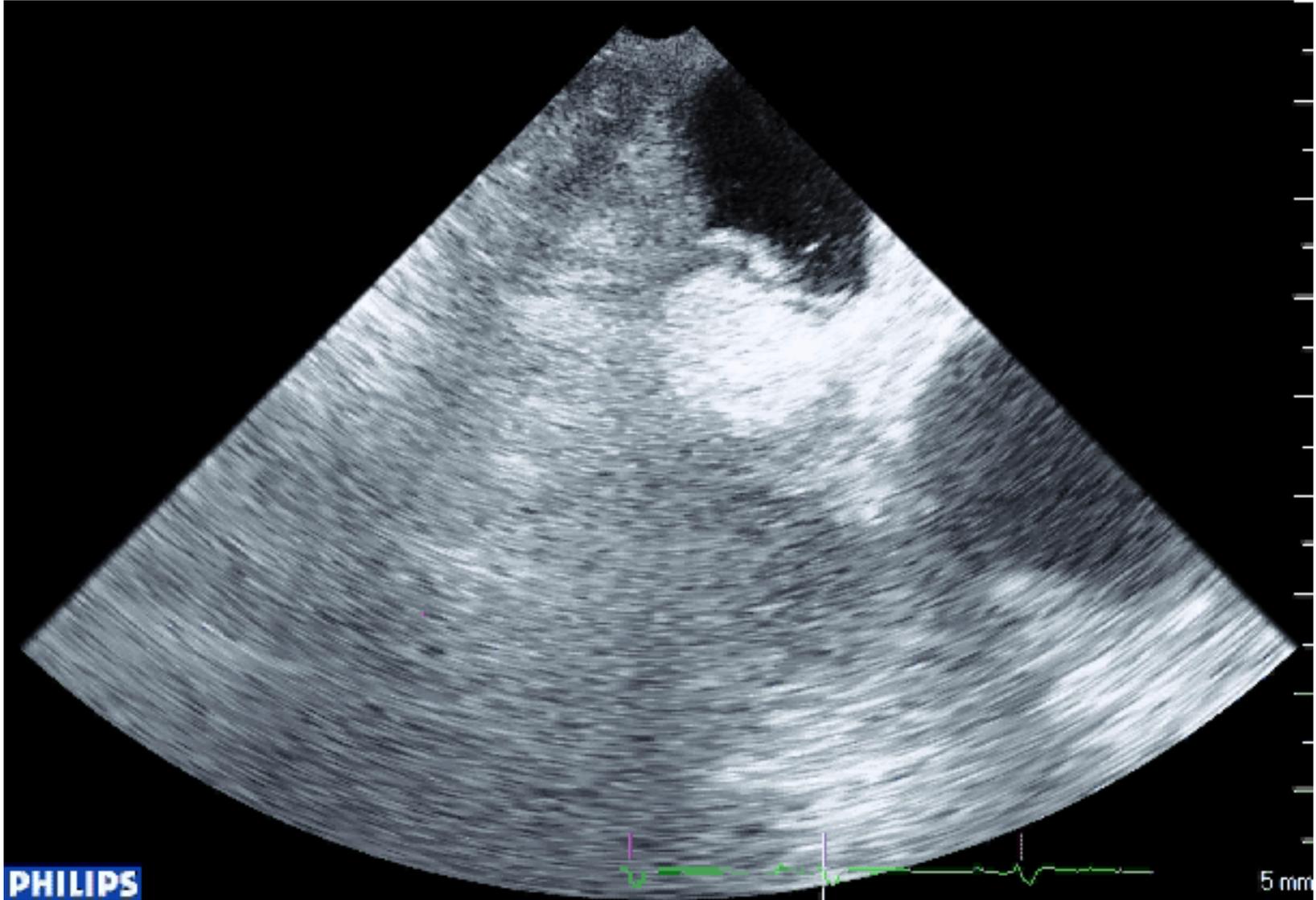
- 1 - Il s'agit d'un choc d'allure cardiogénique
- 2 - Il s'agit d'un choc d'allure septique
- 3 - Il existe une dilatation modérée du VD
- 4 - Il existe un cœur pulmonaire
- 5 - Je réalise une thrombolyse

# Radio de thorax

- Le patient reste hypoxémique en dépit de l'intubation:
- P/F=100 mmHg avec
  - 12 cmH<sub>2</sub>O de PEP
  - 20 cmH<sub>2</sub>O de Pplat
  - 400 mL de Vt



- A propos de l'hypoxémie persistante
  - J'augmente la PEP
  - Je prescris un remplissage vasculaire
  - J'introduis de la dobutamine
  - J'introduis du monoxyde d'azote
  - Je réalise une échocardiographie de contraste

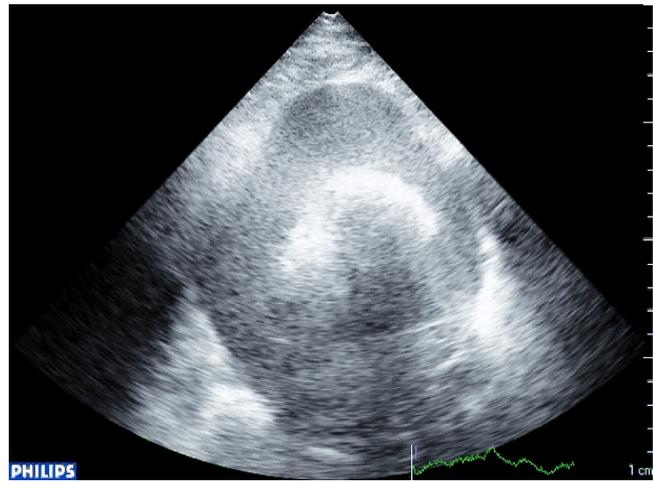
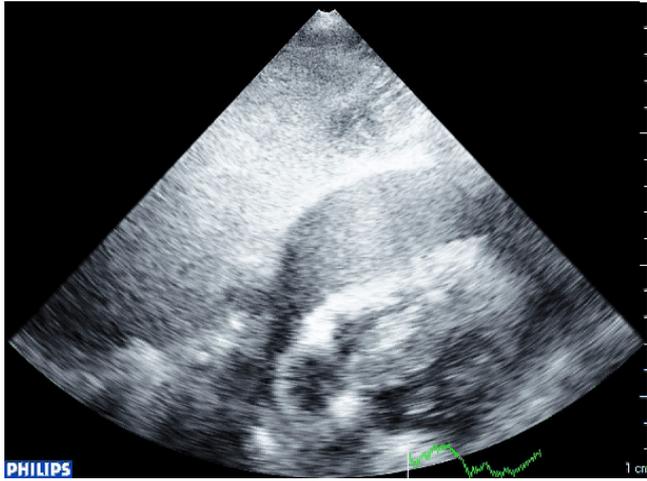


PHILIPS

5 mm

# Cas clinique 6

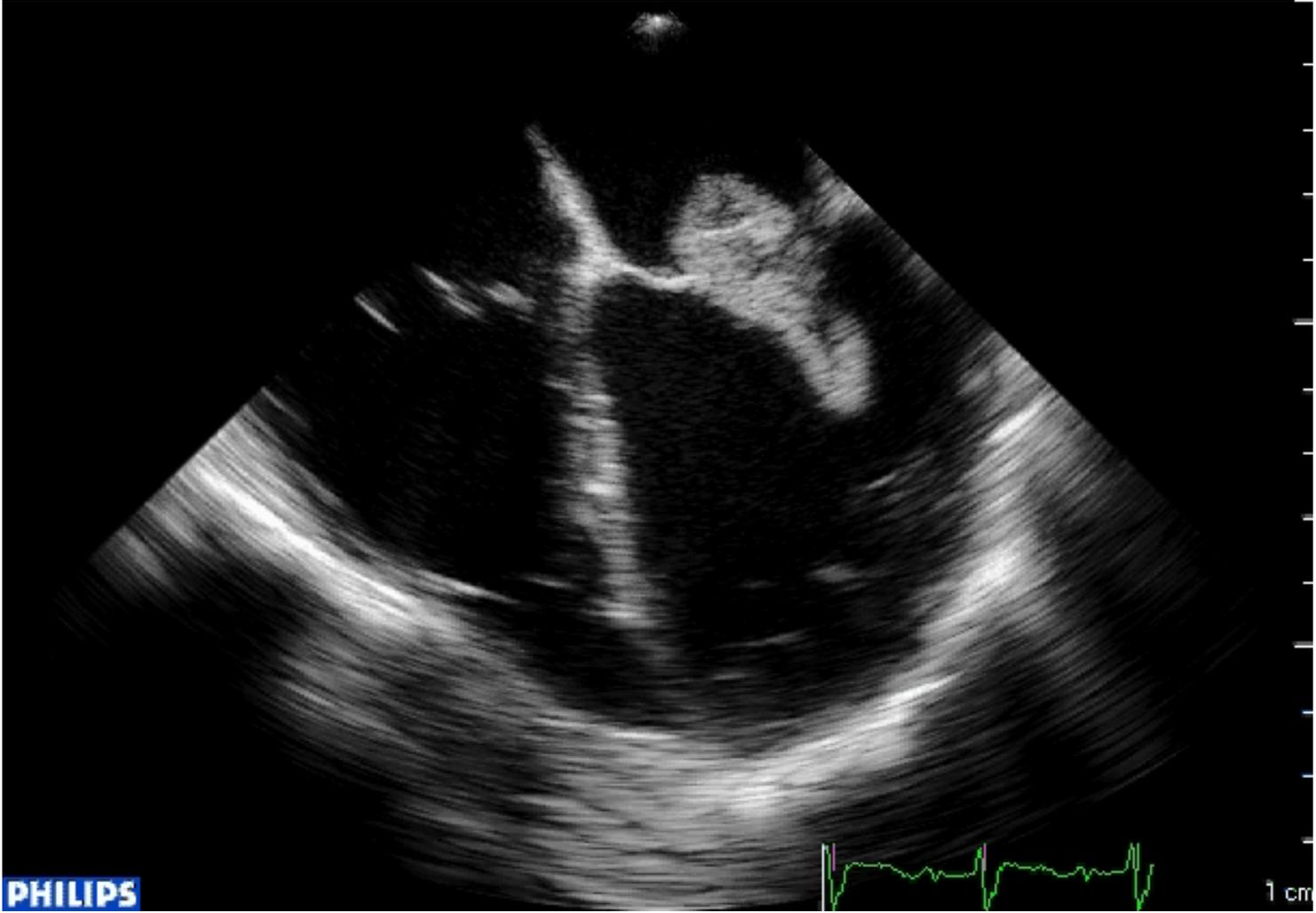
- Patient de 25 ans
- Lymphome B à grandes cellules
- Dyspnée
- TA 60/40 FC 100 saturation 94% sous 5L/min d'O<sub>2</sub>
- Turgescence jugulaire bilatérale
- Marbrures, échec de remplissage



- A propos de la cause du choc
  - Il existe une tamponnade
  - Il existe un collapsus des cavités cardiaques
  - Je réalise un drainage en urgence
  - Je recherche une variation respiratoire du flux mitral avant tout drainage
  - Je réalise un remplissage vasculaire

# Cas clinique 7

- Patient de 68 ans,
- DéterSION instrumentale d'un cor au pied il y a 3 semaines
- Symptômes respiratoires attribués à une bronchite il y a 8 jours, puis apparition d'une confusion
- TA 64/38
- ECG: ACFA BBD
- Mis sous noradrénaline pour choc



PHILIPS

1 cm



# A propos de l'état de choc

- 1 - Il s'agit d'un thrombus enclavé dans la mitrale
- 2 - Il s'agit d'une végétation mitrale
- 3 - Il existe une dysfonction VG
- 4 - Je réalise une thrombolyse
- 5 - Je contacte le chirurgien cardiaque