



ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER

Dr Marie-Hélène LASSERON

Vétérinaire Consultante itinérante
Échographie - Médecine Interne - Cardiologie

Ancienne attachée de consultation d'imagerie à l'ENVA
Diplômée du CEAV Médecine Interne
Diplôme Interuniversitaire d'Imagerie Vasculaire Non Invasive
N°Ordinal: 18551

mhllasseron@yahoo.fr

Date : 19/11/2021
Dr.Vétérinaire : LE GALL

Propriétaire : KLEINCLAUSS
Animal : « DIABOLO », CN X MC né le
15/09/09. 15,9 Kgs

ANAMNESE

- ☐ SSAG 4/6
- ☐ Episode de tachypnée en septembre dernier, amélioré sous pimobendane
- ☐ Bilan pre detartage

MESURES

Paramètres	Valeurs (mm)	Paramètres	Valeurs (mm)
VDd	6,7		
SIVd	6,4		
VGd	46,9	Feuillets mitraux	Epaissis prolabés
PPVGd	7,8		
SIVs	8,8	Doppler pulmonaire Vmax=	1,14 m/s
VGs	29,5	Doppler aortique Vmax=	1,09 m/s
PPVGs	11	Surface de régurgitation mitrale	% AG Vmax= m/s
FR	37%	Fuite tricuspидienne	3,75 m/s Pgr=56 mmHg
AG/Ao en télédiastole	30,8/17,4=1,78	E/A mitral	1,3/0,97
FC	150 bpm		

DESCRIPTION

Les **coupes Temps-Mouvement transventriculaire et transmitrale** obtenues par voie parasternale droite montrent :

- ☐ un ventricule gauche dilaté en diastole et en systole, avec une rotondité du VG
- ☐ un inotropisme ventriculaire gauche normal
- ☐ un ventricule droit normal
- ☐ Un TM mitral avec E>A, sinusal, mais d'aspect épaissi
- ☐ Une tachycardie sinusale

L'examen de **l'atrium gauche et de la valve mitrale** révèle :

- ☐ un atrium gauche de taille augmentée
- ☐ un prolapsus mitral net
- ☐ des feuillets mitraux épaissis à leur extrémité
- ☐ des cordages associés épaissis, et présence d'un cordage libre détaché du muscle papillaire refluant dans l'AG en systole
- ☐ une régurgitation mitrale très importante au doppler couleur (grade 4/4). Ceci explique le souffle ausculté.

- La **coupe 2D transaortique** obtenue par voie parasternale droite permettant de dérouler le **tronc pulmonaire** permet de mettre en évidence :
 - ❑ un tronc pulmonaire normal
 - ❑ un flux pulmonaire laminaire, de vitesse normale.
 - ❑ Absence de PCA
- La **coupe 2D 4 cavités** obtenue par voie parasternale droite met en évidence :
 - ❑ un atrium droit normal.
 - ❑ une absence de communication interatriale ou inter ventriculaire
 - ❑ Une asymétrie des deux oreillettes, avec oreillette gauche dilatée et septum bombé.
- La **coupe 2D 5 cavités** obtenue par voie parasternale gauche montre :
 - ❑ un flux aortique laminaire et de vitesse normale
 - ❑ une confirmation au doppler couleur et continu de l'existence d'une fuite de régurgitation mitrale importante
 - ❑ une fuite tricuspidiennne de vitesse importante.
 - ❑ Une onde E mitrale accélérée
- Les **autres observations** sont les suivantes :
 - ❑ absence d'épanchement péricardique ou pleural.

CONCLUSION

- ❖ **Maladie valvulaire dégénérative mitrale et tricuspidiennne avec dilatation atrio-ventriculaire gauche.**
- ❖ **Complication d'hypertension pulmonaire évaluée à 61 mmHg en systole et de rupture de cordage mitral. (stade IV/V échocardiographique, stade C consensus ACVIM 2019).**
- ❖ TRAITEMENT CONSEILLÉ :
 - Continuer PIMOBENDANE : 0,3-0,5 mg/Kg/j en 2pq, A VIE
 - Rajouter Furosémide : 2 mg/kg M et S au long cours à adapter à la clinique
 - IECA + Spironolactone au long cours.
 - Éviter le surpoids et la chaleur.
 - Éviter les efforts.
 - Aliment sans excès sodé (type rénal par exemple) : maximum 0,4 g de sel/100 g (0,4%) de matière sèche (MS). Éviter biscuits apéritifs, conserves, charcuterie.
 - Consulter rapidement en cas d'anomalie respiratoire.

PRONOSTIC : très réservé. Evolution probable vers une Insuffisance cardiaque congestive gauche (OAP)

Un risque anesthésique existe (OAP) : à envisager après stabilisation clinique et médicamenteuse pendant au moins 3 semaines, avec précautions :

- Evaluer la balance bénéfices/risques de l'intervention.
- Éviter les alpha2 agonistes, envisager ACP en prémédication
- Raccourcir le temps anesthésique.
- Débit de perfusion contrôlé
- Furosémide injection per opératoire
- Surveillance les 4 jours post AG
- Arrêter les IECA 4-5 j avant l'AG, les reprendre 4-5 j après.

Echographie de contrôle conseillée dans 4 mois.

Confraternellement,
Dr Marie-Hélène LASSERON

Images disponibles sur demande e-mail adressée à mhlasseron@yahoo.fr