



ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER

Dr Marie-Hélène LASSERON

Vétérinaire Consultante – activité itinérante
Échographie, Cardiologie et Médecine Interne

Diplômée du CEAV Médecine Interne
DIU Imagerie Vasculaire Non Invasive de Bicêtre
Ancienne attachée de consultation d'imagerie au CHU ALFORT
N°Ordinal : 18551

Tel. 06 16 66 66 54
mhlasseron@yahoo.fr

Date : 06/12/21
Dr.Vétérinaire : NENARD

Propriétaire : HELIE
Animal : « HELIOT », CKC M né le
27/04/12, 8,35 kgs

ANAMNESE

- SSAG 3/6
- Stade B1 ACVIM en février 2020
- ❖ Le 22/06/20 : *Maladie valvulaire dégénérative mitrale avec dilatation atrio ventriculaire gauche. (stade III/V échocardiographique, stade C classification ACVIM), ayant beaucoup évolué depuis le dernier examen.*
Complication de rupture de cordages secondaire et d'hypertension pulmonaire estimée à 52 mmHg en systole ce jour. OAP.
 - OAP il y a 3 jours avec hospitalisation en urgence.
 - Ce jour : dyspnée mixte d'intensité modérée. Crépitants pulmonaires à l'auscultation. Tachycardie.
 - ABEG sinon, remange, redort depuis la sortie d'hospitalisation.
 - Sous Furosémide 20 mg M et S depuis la sortie d'hospitalisation, Pimobendane 2,5 mg M et S, Cardalis 2,5 1/J, digoxine 0,04 mg M et S.
- ❖ Janvier 2021 : *Maladie valvulaire dégénérative mitrale avec dilatation atrio ventriculaire gauche sévère. (stade IV/V échocardiographique, stade D classification ACVIM).*
Complication de rupture de cordages secondaire et d'hypertension pulmonaire importante estimée à 86 mmHg en systole ce jour.
Oedème pulmonaire résiduel ce jour. Mis sous digoxine sildenafil + augmentation furosémdie.

SUIVI ce jour. Tachypnée, distension abdominale liquidienne. Troubles digestifs, diarrhée depuis 2-3 semaines

MESURES

Paramètres	Valeurs (mm)	Paramètres	Valeurs (mm)
VDd	7	Feuillet antérieur mitral	9 mm
SIVd	8,8	AD/AG	22,3/35,6
VGd	39,9	Ao/Tp	diminué
PPVGd	8,6	Doppler pulmonaire Vmax=	1 m/s
SIVs	13,1	Doppler aortique Vmax=	0,63 m/s
VGs	17,7	Surface de régurgitation mitrale	100% du volume du VG + Veines pulmonaires
PPVGs	11,5	Fuite tricuspидienne	4,39 m/s (Pgr : 77 mmHg HTAP : 92 mmHg)
FR	56%	Fuite mitrale	5,02 m/s
AG/Ao	31,4/14,8=2,13	E/A mitral	1,03/0,61
Fuite pulmonaire Vmax=	2,92 m/s Pgr= 34 mmHg	FC	170 bpm

DESCRIPTION

- Les **coupes Temps-Mouvement transventriculaire et transmitrale** obtenues par voie parasternale droite montrent :
 - Un ventricule gauche sévèrement dilaté en diastole avec rotondité marquée
 - Un inotropisme ventriculaire gauche normal.
 - Un ventricule droit normal

- L'examen de **l'atrium gauche et de la valve mitrale** révèle :
 - Un atrium gauche très dilaté, avec auricule gauche bombé très augmenté de taille
 - Un prolapsus mitral important des deux feuillets, plus marqué au niveau septal.
 - Des feuillets mitraux épaissis à leur extrémité
 - Une rupture de cordage secondaire au niveau du feuillet septal mitral
 - Une régurgitation mitrale très importante (reflux de grade 4/4) oblique, refluant dans les veines pulmonaires. 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 très dilaté.
 - Un flux pulmonaire laminaire, de vélocité légèrement diminuée.
 - Une fuite pulmonaire significative hodiastolique de vélocité augmentée mettant en évidence une HTAP diastolique évaluée à 34 mmHg

- La **coupe 2D 4 cavités** obtenue par voie parasternale droite met en évidence :
 - Un atrium droit de taille augmentée
 - Une absence de communication interatriale ou interventriculaire.

- La **coupe 2D 5 cavités** obtenue par voie parasternale gauche montre :
 - Un flux aortique laminaire et de vélocité normale
 - Une confirmation au doppler couleur et continu de l'existence d'une fuite de régurgitation mitrale oblique très importante.
 - Une fuite tricuspidiennne importante mettant en évidence une hypertension pulmonaire systolique estimée à 92 mmHg

- Les **autres observations** sont les suivantes :
 - Absence d'épanchement péricardique ou pleural.
 - Tachycarde sinusale.
 - Arythmie avec ESV ponctuelles (environ 6-7 /min)

CONCLUSION

- ❖ **Maladie valvulaire dégénérative mitrale avec dilatation atrio ventriculaire gauche sévère (stade IV/V échocardiographique, stade D classification ACVIM).**
- ❖ **Complication de rupture de cordages secondaire, d'épanchement péricardique, d'ESV et d'hypertension pulmonaire importante estimée à 92 mmHg en systole et 34 mmHg en diastole ce jour.**
- ❖ **Oedeme pulmonaire résiduel ce jour.**

- ❖ TRAITEMENT CONSEILLE :
 - Éviter le surpoids et la chaleur.
 - Limiter les apports alimentaires en sel.
 - PIMOBENDANE 5 mg : **rajouter ½ cp le midi** en plus du ½ cp M et S
 - FUROSEMIDE : **20 mg matin midi et soir** au long cours, ou ISEMIDE 4 mg : ½ à ¾ de cp par jour.
 - Surveillance rapprochée : en l'absence d'amélioration significative de la respiration dans la journée, envisager une hospitalisation sous oxygène.
 - Aucun effort cette semaine, puis efforts limités.

- Cardalis 2,5 ND : 1/J à continuer
- Digoxine 0,04 mg M et S au long cours
- Sildenafil 25 mg Cp en pharmacie : ¼ matin **MIDI** et soir au long cours.
- Contrôle des paramètres rénaux dans 7 à 10 jours recommandé.
- Contrôle radiographique de l'œdème pulmonaire dans 7 à 10 jours
- Trinithrine spray en cas de détresse respiratoire aigüe et téléphoner au vétérinaire
- SMECTA Nd, protecteurs hépatiques (Sylicure ND ou Zentonyl ND) pour limiter l'impact du foie cardiaque.
- Envisager de rajouter de la spironolactone 2 mg/kg/j pour aider à vidanger l'ascite.

Pronostic très réservé à sombre à court/moyen terme à ce stade avancé.

Confraternellement,
Dr Marie-Hélène LASSERON