



**11-12
SEPT.
2025**

- Radiologie Interventionnelle
- Chirurgie Vasculaire
- Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique
- Médecine vasculaire



Cas clinique carotide



- Cécité intermittente œil droit depuis 18 mois

FDR CV: tabac, dyslipidémie

64 kg 172cm



Compte rendu d'échographie doppler des troncs supra aortiques

Echographe : **PHILIPS EPIC 7** mis en service le 24/07/2018

Indication : **FDRCV : tabac actif : cécité monoculaire intermittente depuis 1an et demis**

Résultats :

Au niveau des axes vertébraux, et sous claviers :

- Perméabilité des artères sous clavières avec une modulation biphasique normale.
- Perméabilité des artères vertébrales perçues en segment V2 avec un index de résistance dans les limites de la normale. Elles sont de sens antérograde.

Au niveau des axes carotidiens :

- Perméabilité des artères carotides communes, et carotides externes avec un index de résistance dans les limites de la normale. Athérome non calcifié des carotides communes (**40 % ECST à droite et 25% ECST à gauche**) Absence de sténose hémodynamiquement significative.
- Perméabilité des artères carotides internes avec un index de résistance dans les limites de la normale. sténose hémodynamiquement significative de la carotide interne proximale gauche **70-80 % NASCET VSM 270 cm/s ratio Ci/Cc 3.7 avec une VTD 100 cm/s** . A droite sténose modérée 25 % ECST

Conclusion :

A droite : surcharge par athéropme non calcifié (instable) de la carotide commune, et une sténose modérée de la carotide interne (25% ECST)

A gauche : sténose sévère > 70 % NASCET de la carotide interne
compte tenu des épisodes monoculaires : Angio TDMc (étude des TSA) et avis chirurgical rapide
mise sous Asrine + TAhor ce jour.

Confraternellement



Angioscanner des TSAO



RAPPORT D'EPREUVES D'EFFORT

Médication:

Sommaire des épreuves d'effort

Phase	Palier	Durée pal.	Charge (W)	tours (tpm)	FC (/min)	TA (mmHg)	Commentaire
PRETEST		00:18	0	47	90	110/80	
EFFORT	PALIER 1	00:03	25	54	93		
	PALIER 2	01:00	60	63	111	120/80	
	PALIER 3	01:00	90	65	126		
	PALIER 4	01:43	120	57	160	180/80	
RECUP.		02:16	0	0	134	200/80	

Le patient a exécuté l'effort conformément au **30w/1mn** pendant **3:45** min:s, parvenant à un niveau de travail de **Charge maximale: 120 Watt = 5.7 METS**. La fréquence cardiaque de repos initiale **88 /min** est passée à une F.C. max. de **160 /min** ce qui représente **101 %** de la fréquence maximale basée sur l'âge. La pression sanguine de repos **110/80 mmHg** est passée à une pression sanguine max. de **220/80 mmHg**. L'épreuve d'effort a été interrompue en raison de **FC cible atteinte**.

Interprétation

Critères d'arrêt: **FC cible atteinte**

Conclusions

**EPREUVE MAXIMALE POSITIVE EN FIN D EFFORT
VU LE TERRAIN POLYVASCULAIRE
INDICATION DE CORONAROGRAPHIE PRE OPERATOIRE**

ANGIOGRAPHIE CORONAIRE

Réseau coronaire gauche :

Le tronc commun est long, sans sténose.

L'artère interventriculaire antérieure est calcifiée. Cette artère ne présente pas de sténose significative sur l'ensemble de ses segments proximal, moyen et distal.

L'artère circonflexe est une artère coronaire calcifiée. L'artère circonflexe est indemne de lésion coronaire significative.

Réseau coronaire droit :

L'artère coronaire droite proximale présente une occlusion de plus de 20 mm de long et de type C. Il existe une reprise par collatéralité de cette artère (Rentrop grade 2) provenant du réseau interventriculaire antérieure. Il n'existe pas de flux antérograde (TIMI 0).



Quel est votre prise en soins ?





Consultation à 1 mois

- Absence de resténose en doppler
- Asymptomatique