



A.C.C.A.

- Un cas d'IRM pour changer de l'écho.....

Laura Iacuzio



Patient de 62 ans, diabétique insulino-dépendant, connu pour une coronaropathie tritronculaire, aux ATCD de stenting IVA moyenne post FFR positive en juin 2016; FFR sur les lésions CD et CX négative).

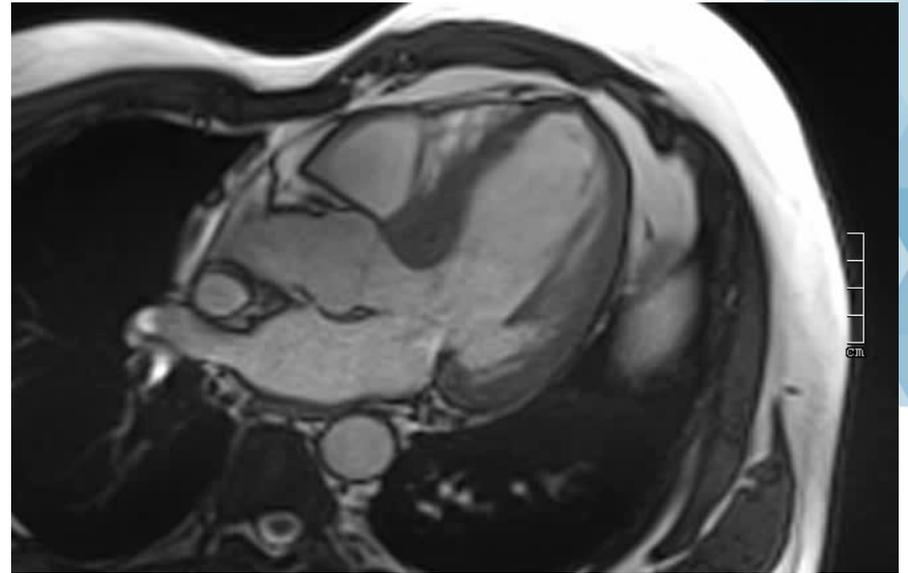
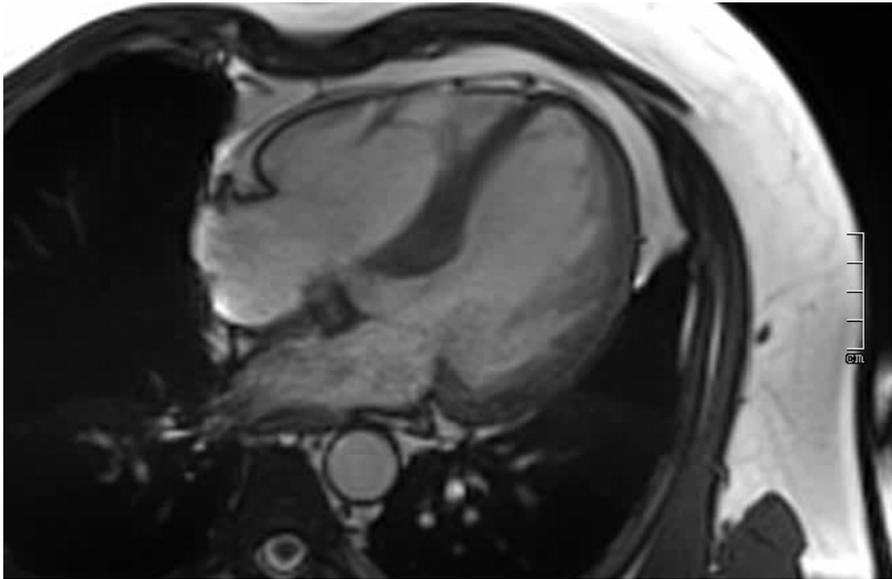
Un contrôle coronarographique réalisé le 20/01/17 (en raison de l'apparition de douleurs thoraciques suspectes) montre une bonne perméabilité du stent IVA, des stenose Cx ,CD proximale et IVA proximale stables.

Le patient est porteur d'un BBG

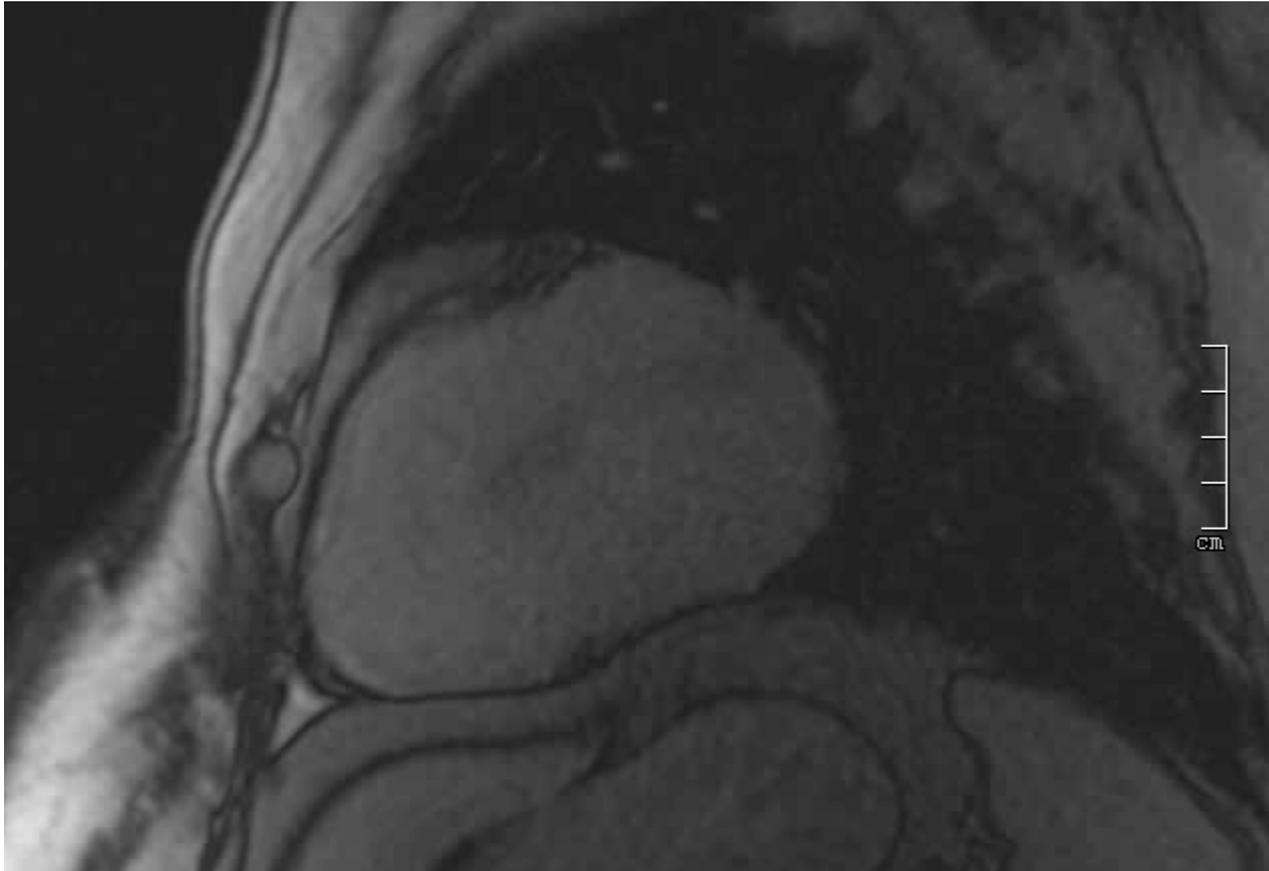


L'IRM cardiaque montre :

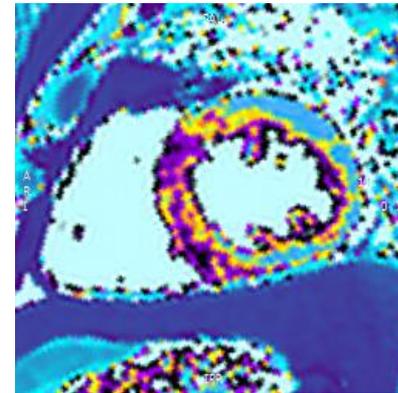
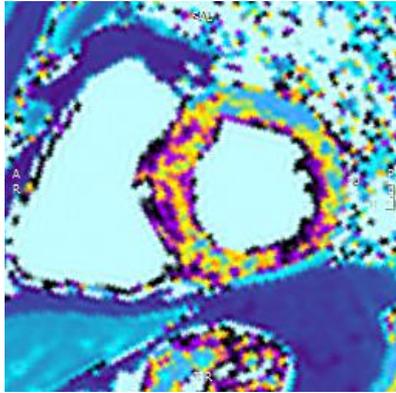
- Un VG non dilaté , une FE conservé, mais un strain longitudinal altéré:
FE à 63 %, EDVI et ESVI à 90 et 33 ml/m², **strain -14 %**
- Une hypertrophie asymétrique à prédominance septale, avec une très discrète obstruction sous-aortique.
- Le SIV présente un épaisseur de 17 mm, avec un mouvement paradoxal (BBG)



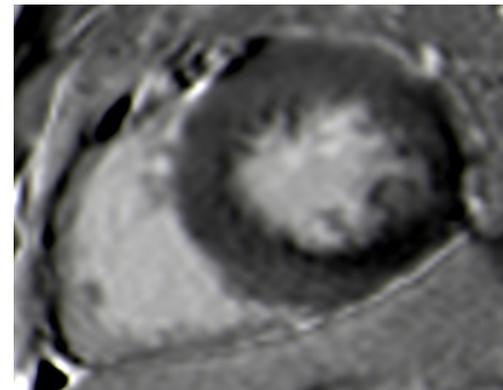
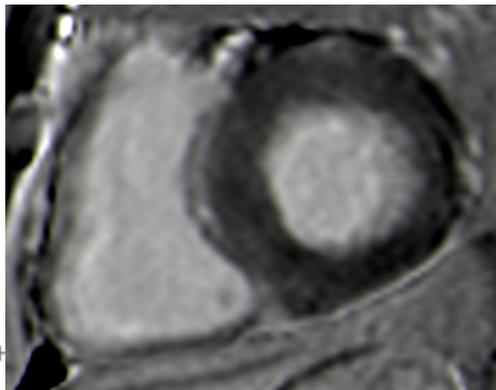
Le test de perfusion à l' Adénosine est négatif



L' étude morphologique avec la séquence de T1 mapping montre la présence de **fibrose interstitielle** au niveau septal, témoigné par l'augmentation de la valeur du T1 à 1 358 ms.



Les séquences de rehaussement tardif après injection de gadolinium, par contre, ne relèvent **pas de captation de gadolinium** « macroscopiquement » identifiable.



Les nouvelles séquences de **T1 mapping** myocardique, à travers la mesure du temps de relaxation longitudinal T1, permettent la reconstruction d'une cartographie paramétrique, dont la couleur correspond à la valeur de T1 de chaque voxel de l'image.

Elles ne se basent plus sur la différence de contraste entre myocarde « sain » et myocarde « pathologique », comme dans l'étude de rehaussement tardif après injection de gadolinium, permettant une caractérisation tissulaire plus précise notamment dans les pathologies affectant globalement le myocarde (ex amylose).

Le **T1 mapping** natif (**sans injection de gadolinium**) représente une technique prometteuse lorsqu'il existe une insuffisance rénale sévère ou un terrain allergique important, avec une sensibilité pour détecter le myocarde « pathologique » supérieur aux techniques actuellement utilisées.



Au total, dans ce cas , l'IRM a permis de:

- **Suspecter le diagnostique
(cardiomyopathie hypertrophique autre que ischémique)**
- **Evaluer le retentissement hémodynamique de deux pathologies**
- **Exclure la présence d'une ischémie inductible et d'un infarctus de myocarde.**

