

LE DOSSIER

Imagerie des cardiomyopathies dilatées

Éditorial

Ce dossier a pour objectif de mettre en avant, de manière synthétique, les apports de l'échocardiographie, du scanner et de l'IRM dans l'exploration d'une cardiomyopathie dilatée.

L'exploration des cardiomyopathies dilatées comprend l'analyse des volumes et de la fonction ventriculaire gauche et droite, facteurs pronostiques essentiels. Mais de nombreux autres paramètres ont une importance capitale dans le diagnostic, l'évaluation pronostique et la prise en charge. Ainsi, une analyse hémodynamique complète par **échocardiographie Doppler** est indispensable. Cette analyse est centrée sur l'estimation des pressions du cœur gauche et du cœur droit, mais également sur l'analyse de l'insuffisance mitrale lorsqu'elle est présente (mécanismes, quantification, retentissement). L'échocardiographie permet également l'étude multiparamétrique de l'asynchronisme mécanique et permet parfois d'orienter le diagnostic étiologique (ventricule gauche non compacté). L'échocardiographie, rapidement disponible, facilement réalisable et répétable sans danger, reste l'examen indispensable de première ligne dans l'évaluation de toutes les cardiomyopathies.

L'IRM et le scanner permettent, par deux approches différentes, d'affiner le diagnostic étiologique chez les patients présentant une dysfonction/dilatation ventriculaire. Le scanner offre une imagerie angiographique coronaire non invasive de très bonne qualité si les conditions techniques d'acquisition sont satisfaisantes. Lorsque les artères coronaires sont angiographiquement normales, le scanner permet d'écartier l'étiologie ischémique de la cardiomyopathie. L'IRM permet une caractérisation du tissu myocardique grâce à l'utilisation de différentes séquences, précisant le diagnostic étiologique : par exemple la visualisation d'hypersignal en mottes intramyocardiques en pondération T2 oriente vers une myocardite inflammatoire ; une diminution du temps de relaxation T2* < 20 ms est en faveur d'une surcharge en fer du myocarde... L'apport essentiel de l'IRM réside dans la séquence de rehaussement tardif qui permet de mettre en évidence la fibrose intramyocardique lorsque les images sont acquises 10 min après injection de gadolinium. La distribution de la fibrose précise le diagnostic étiologique d'une cardiomyopathie. Située au niveau du sous-endocarde et dans un territoire coronaire systématisé, elle correspond à une étiologie ischémique (infarctus). À l'inverse, lorsque le sous-endocarde est respecté, la fibrose est d'origine non ischémique, et l'étiologie coronaire peut être écartée chez les patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche abaissée en dessous de 35 %. La présence de cette fibrose intramyocardique est un facteur pronostique indépendant de la cardiomyopathie non ischémique. L'IRM oriente parfois vers des étiologies spécifiques et rares. Elle est précise et sensible pour détecter un thrombus intraventriculaire.

En pratique, quelle méthode utiliser ? L'échocardiographie est l'examen incontournable à réaliser en première intention. L'IRM devrait être pratiquée si elle est disponible pour affiner le diagnostic étiologique et le pronostic. Lorsque l'IRM n'est pas réalisable, un scanner montrant des artères coronaires normales permet d'écartier l'étiologie ischémique de manière non invasive.

Un grand merci aux trois éminents spécialistes qui ont rédigé ce dossier !

Bonne lecture.



→ **J. GAROT**
IRM Cardiovasculaire,
Hôpital Privé Jacques Cartier,
ICPS – Générale de Santé,
MASSY.