

LE DOSSIER

Étude du VD en pratique

Éditorial

Le ventricule droit à l'honneur

L'analyse de la morphologie et de la fonction des ventricules est un élément majeur du pronostic et figure dans le compte rendu de toute technique d'imagerie cardiaque. La fonction du ventricule gauche (VG) est un élément pronostique au cours de toutes les cardiomyopathies. Mais la fonction systolique du ventricule droit (VD) est également un facteur pronostique indépendant dans de nombreuses situations. Pourtant, cette dernière est souvent reléguée au second plan, voire négligée.



→ J. GAROT

Hôpital Privé J. Cartier, ICPS,
Ramsay-GDS, MASSY.

L'analyse de la fonction VG est bien standardisée pour chacune des grandes techniques d'imagerie (échocardiographie, IRM, scanner, scintigraphie) et les différences de mesures des paramètres déterminants entre chacune de ces techniques sont de mieux en mieux comprises. Une différence de mesure de masse myocardique ou de volume VG entre IRM et échocardiographie ne perturbe plus aucun cardiologue, et les explications à ces différences sont rationnelles et admises.

Le VD a une forme plus complexe, s'enroulant autour du VG, avec une épaisseur myocardique moindre et une fonction systolique plus difficile à appréhender. Les variations anatomiques de morphologie et de fonction VD sont également plus nombreuses.

Pour les plus anciens d'entre nous, le VD doit être moins volumineux que le VG. Et ce dogme ne se base que sur une vue 4 cavités médiane du VG en échocardiographie. Or, lorsque l'on coupe les deux ventricules de la base à l'apex, avec une étude volumique détaillée, le volume total du VD est supérieur au volume du VG (avec notamment un VD plus développé au niveau des segments basaux des ventricules). Sur l'ensemble tridimensionnel, le VD est plus volumineux que le VG en IRM. Globalement, le volume ventriculaire est dans les normes si $< 100 \text{ mL/m}^2$ pour le VD chez la femme et $< 110 \text{ mL/m}^2$ chez l'homme. Pour le VG, les valeurs normales sont également plus basses en échocardiographie par rapport à l'IRM (IRM $< 100 \text{ mL/m}^2$ chez l'homme et $< 90 \text{ mL/m}^2$ chez la femme).

La fraction d'éjection normale du VG en IRM est un peu plus basse que celle de l'échocardiographie (50-65 % en IRM). L'IRM donne des valeurs proches de celles du scanner ou de la scintigraphie synchronisée.

LE DOSSIER

Étude du VD en pratique

La masse VG ne peut être mesurée précisément en échocardiographie. Étant donné la diversité des cardiopathies, deux épaisseurs pariétales mesurées à la base du VG ne peuvent raisonnablement indiquer la masse totale du VG. Les études d'analyse tridimensionnelle du VG en IRM ou en scanner démontrent que la masse VG est normale selon les études si la masse du VG $< 90 \text{ g/m}^2$.

Le dossier de ce numéro de *Réalités Cardiológicas* présente les avantages et inconvénients de l'analyse de la fonction du VD par trois techniques d'imagerie couramment utilisées dans cette indication (écho, IRM, scanner).

L'échocardiographie reste une technique de première ligne incontournable. L'IRM peut affiner des paramètres de volume et de fonction systolique. Les paramètres hémodynamiques sont au mieux étudiés par l'échocardiographie. Même si l'IRM peut évaluer l'importance d'une fuite tricuspide ou pulmonaire, elle ne peut quantifier précisément le niveau d'hypertension artérielle pulmonaire.

Les bonnes indications des différentes techniques sont parfaitement exposées par nos experts, et ce dossier présente, à l'évidence, un grand intérêt pour notre pratique clinique.

Bonne lecture et n'oublions plus, intégrons les paramètres de fonction VD dans nos analyses et nos compte rendus !