

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 7 janvier 2014
Hôpital cantonal de Genève
CoroCT
Dr R. Nkoulou

Le problème de la coronarographie, c'est que l'irradiation correspond à environ 80 clichés du thorax, que c'est un examen invasif, et que parfois il y a des hémorragies au point de ponction...

Il fallait donc inventer autre chose, et c'est le CT qui, grâce à de nouveaux logiciels adaptés à de nouveaux protocoles, a permis d'obtenir des images à très haute vitesse (par exemple seulement en diastole, lorsque le flux coronaire est maximum), tout à fait comparables à ce que l'on obtient avec une coronarographie tout en causant une irradiation bien moindre, puisque l'on se situe entre 1 et 0,1mSV, selon la technique utilisée (on se rappellera qu'une RX du thorax c'est 0,1mSV...donc entre 1 et 10 RX thorax).

Le patient idéal pour un coroCT ne doit pas être trop tachycarde: idéalement < 65bpm, il ne doit pas être trop gros: idéalement BMI<40 (130kg pour 180cm!), il doit avoir une bonne fonction rénale pour supporter le produit de contraste, et il ne devrait pas avoir de calcifications des coronaires, ce qui rend l'interprétation plus difficile...

A partir du sexe du patient, de son âge, et de la présence d'un angor typique (c'est à d douleur rétrosternale à l'effort, soulagée par le repos ou la prise de nitrés) on peut établir une probabilité pretest d'avoir une maladie coronarienne (il y a des tableaux ad hoc).

On parle d'une probabilité basse lorsque celle ci est inférieure à 15%; d'une probabilité intermédiaire basse lorsqu'elle est entre 15 et 50%; d'une probabilité intermédiaire haute, entre 50 et 80%, et d'une probabilité haute lorsqu'elle est supérieure à 80%.

Par exemple, lors d'une probabilité pre test basse, l'ECG d'effort a une sensibilité aux alentours de 50% et une spécificité autour de 90%, alors que le coroCT a une sensibilité de plus de 95% et une spécificité de 75%....

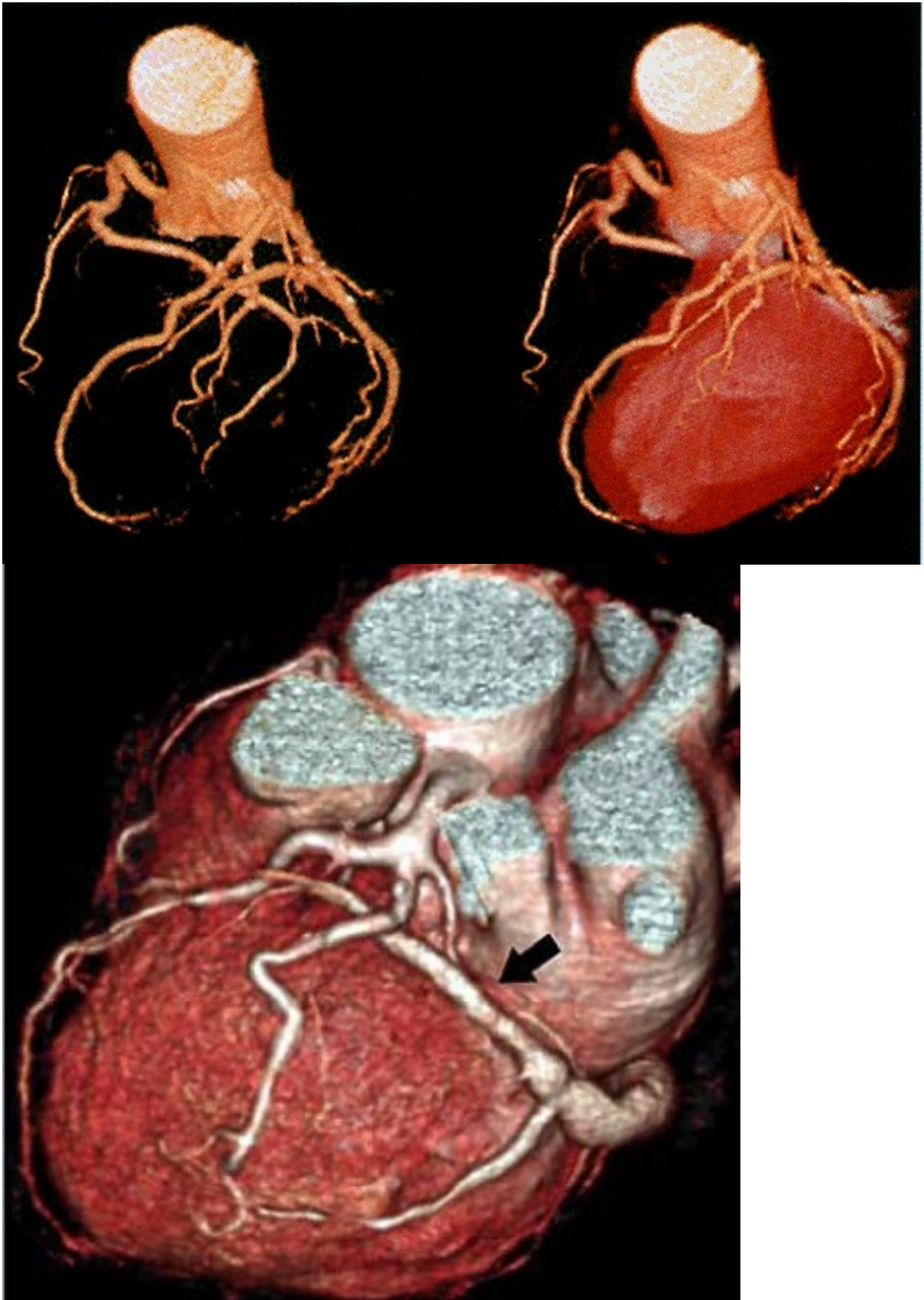
La valeur prédictive négative est donc excellente, entre 84 et 88%....

On nous compare ensuite selon les probabilités pretest les différents tests d'efforts: échographie, scintigraphie, à la dobutamine, avec un vasodilatateur...c'est un peu fastidieux pour des non spécialistes...

Je retiens que pour les patients avec une probabilité pretest basse voire intermédiaire, le coroCT est un complément intéressant non-invasif, peu irradiant et que lorsque celui ci est normal on peut s'arrêter là...

Lorsque le coroCT est anormal c'est plus compliqué...on a le choix entre le traitement médicamenteux, l'imagerie de stress, ou la coronarographie...

De toutes façons à ce stade là il y a déjà (heureusement) un cardiologue dans la course, et c'est avec lui que la décision se prendra...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch