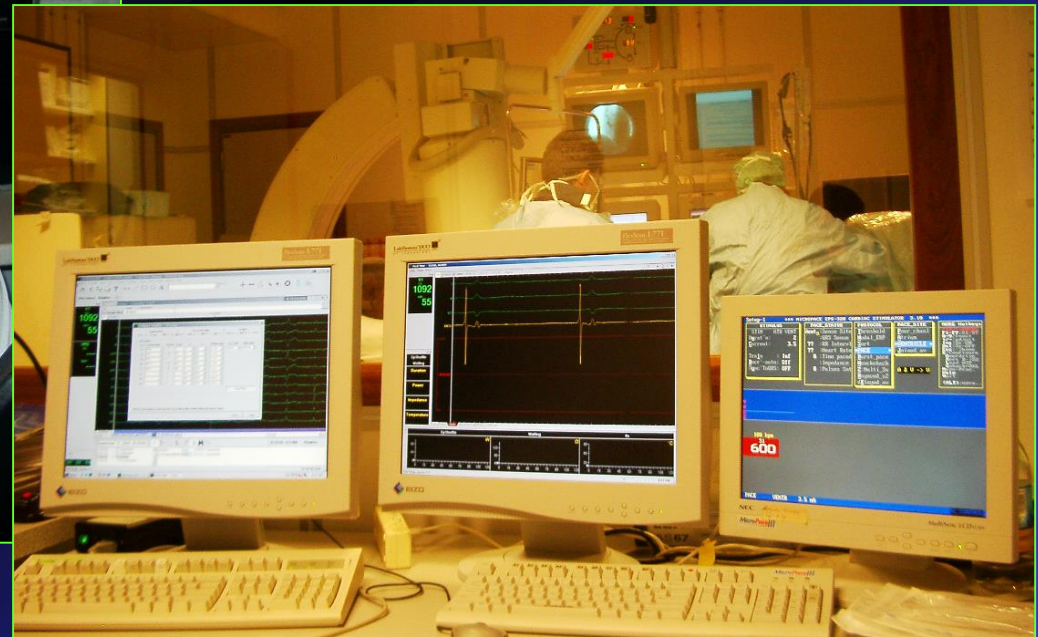


Place du scanner volumique cardiaque dans les procédures électrophysiologiques endocavitaires

**S. TISSIER (1) , M. ANDRONACHE (2) , M. NICOLAS (1),
I. MAGNIN (2), V. LAURENT (1), A CODREANU (2), L. MEYER-BISCH (1),
C. DE CHILLOU (2), E. ALIOT (2), D. REGENT (1)**

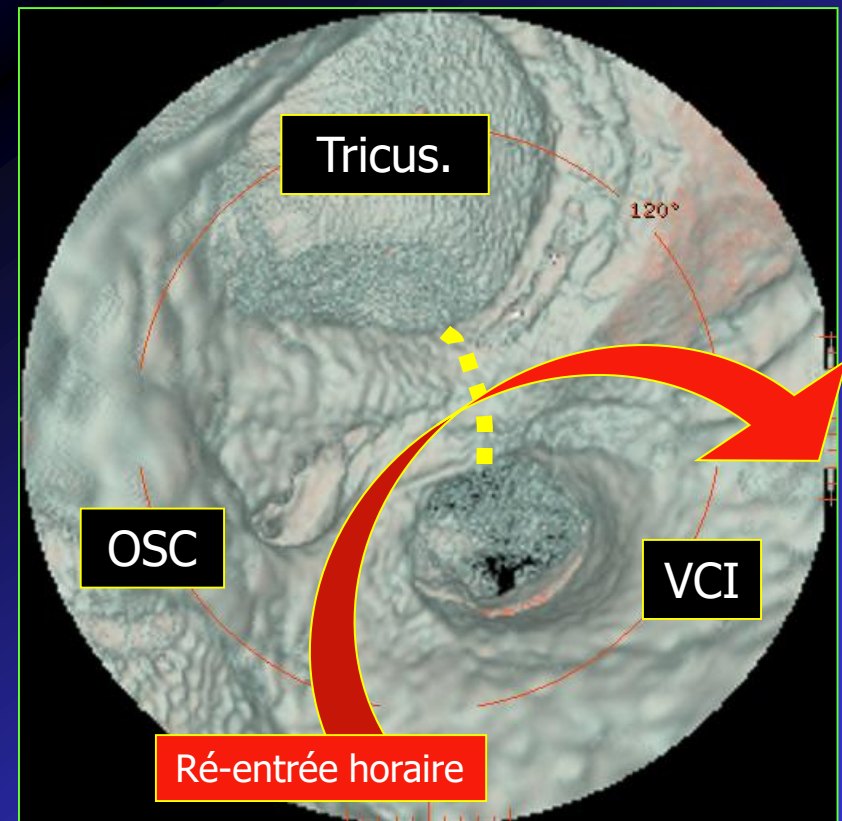
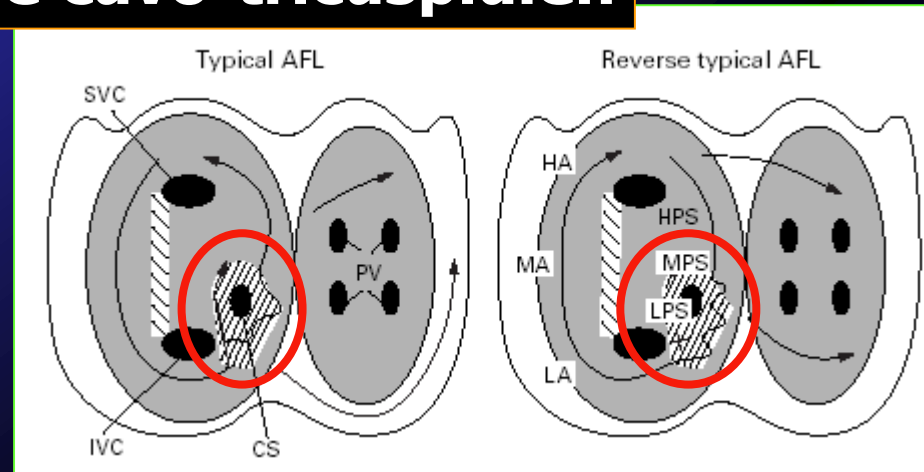
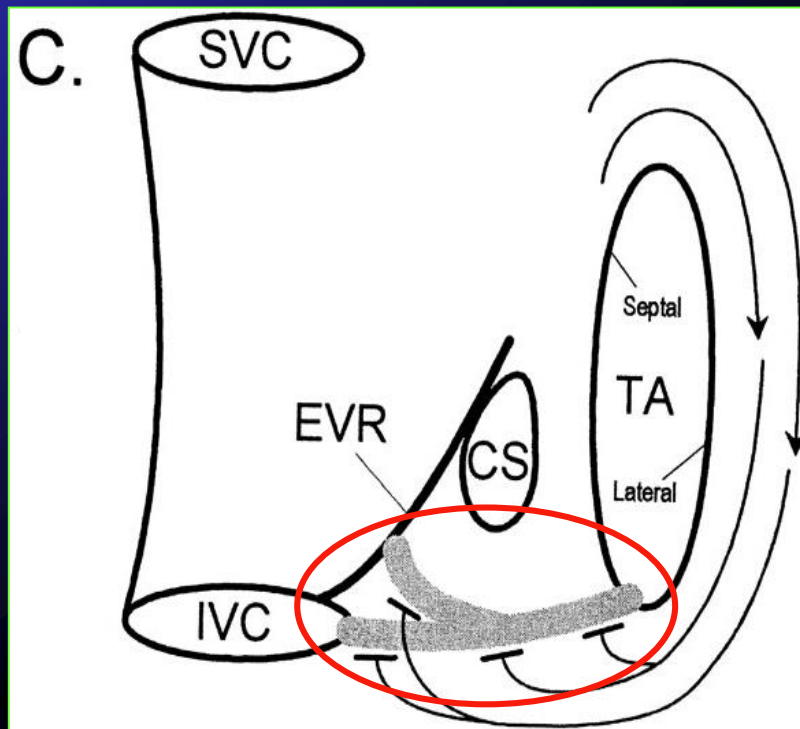


**- CHU NANCY - Brabois -
- Département d'imagerie médicale (1) et de cardiologie (2) -
- JFR 2k4 -**

Imagerie de l'isthme cavo-tricuspidien

Généralités

Le **flutter atrial** est un trouble du rythme le plus souvent dû à un **circuit de ré-entrée confiné à l'atrium droit**. La majorité de ces circuits emprunte une zone de conduction lente appelée **isthme cavo-tricuspidien (ICT)**.

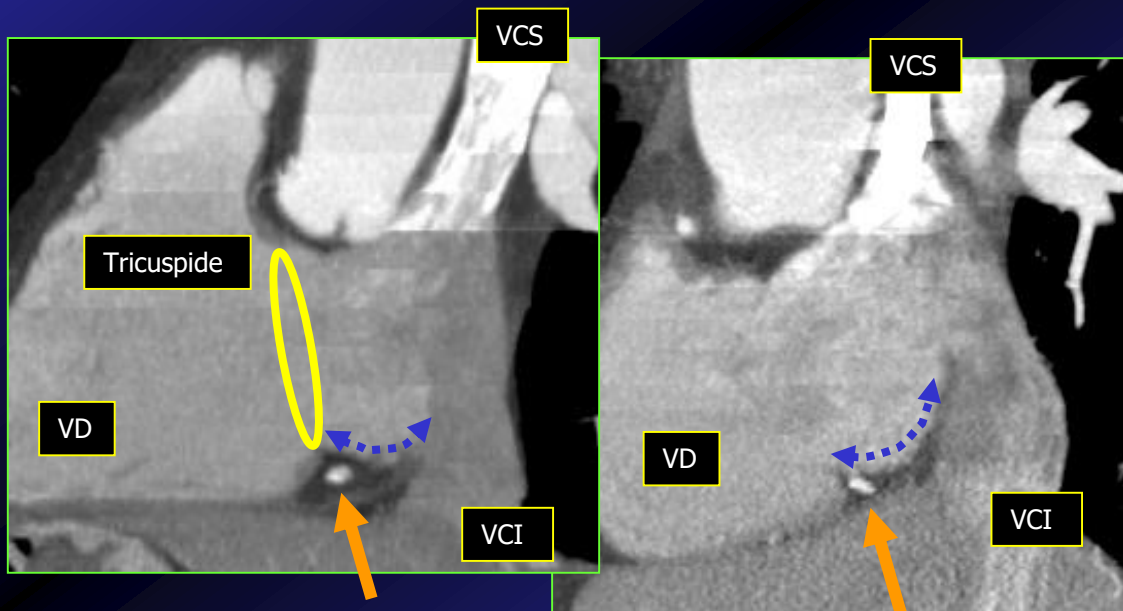


Ligne d'ablation de l'isthme cavo-tricuspidien

Complications

Le risque spécifique de cette ablation est d'ordre coronaire:

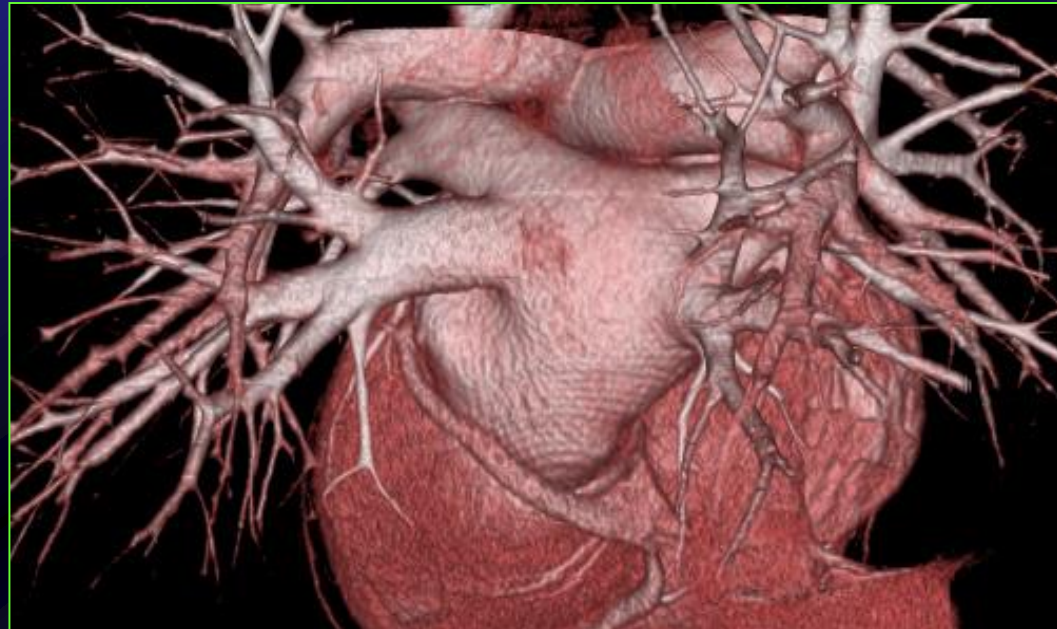
- la proximité de l'artère **coronaire droite distale**, qui croise à 90° la ligne d'ablation expose à un **risque thrombotique** (le flux sanguin coronarien droit agit comme un refroidisseur physiologique).
- le risque **perforatif** est présent, majoré dans cette indication en raison de la finesse pariétale atriale droite (2-3 mm).



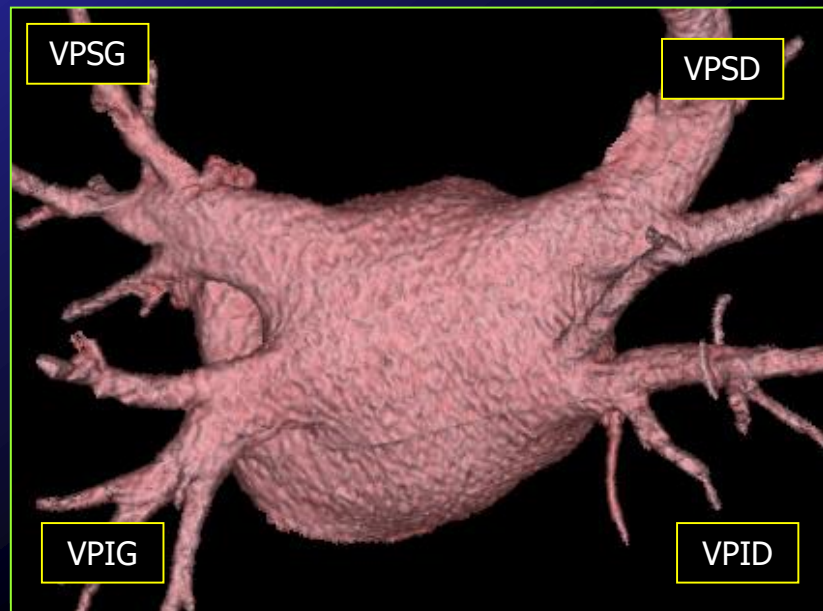
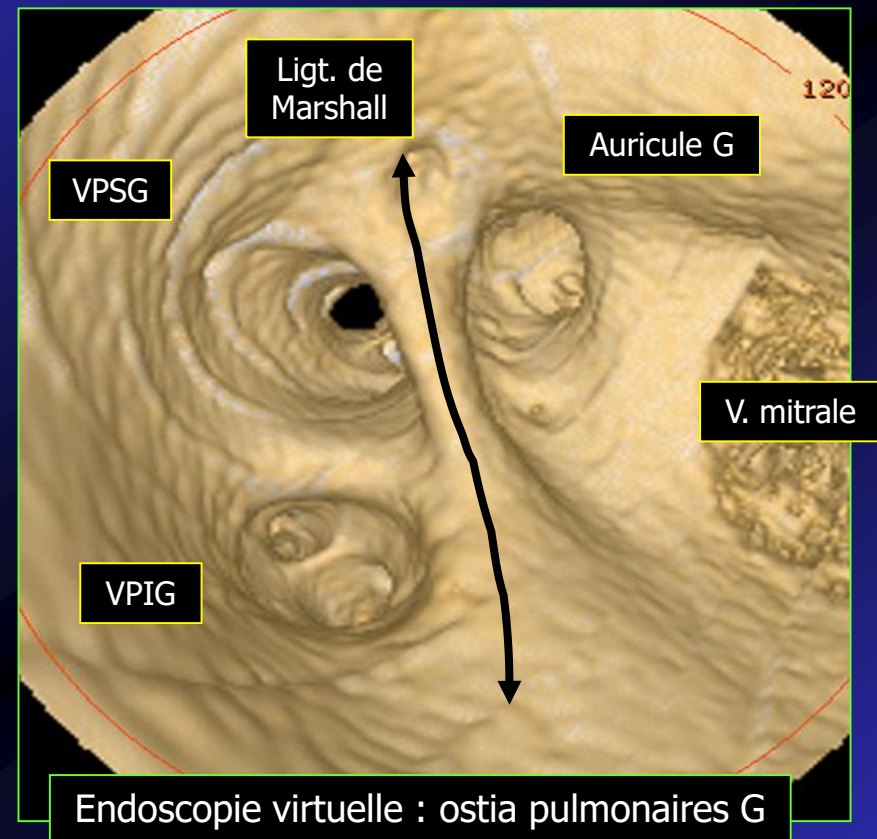
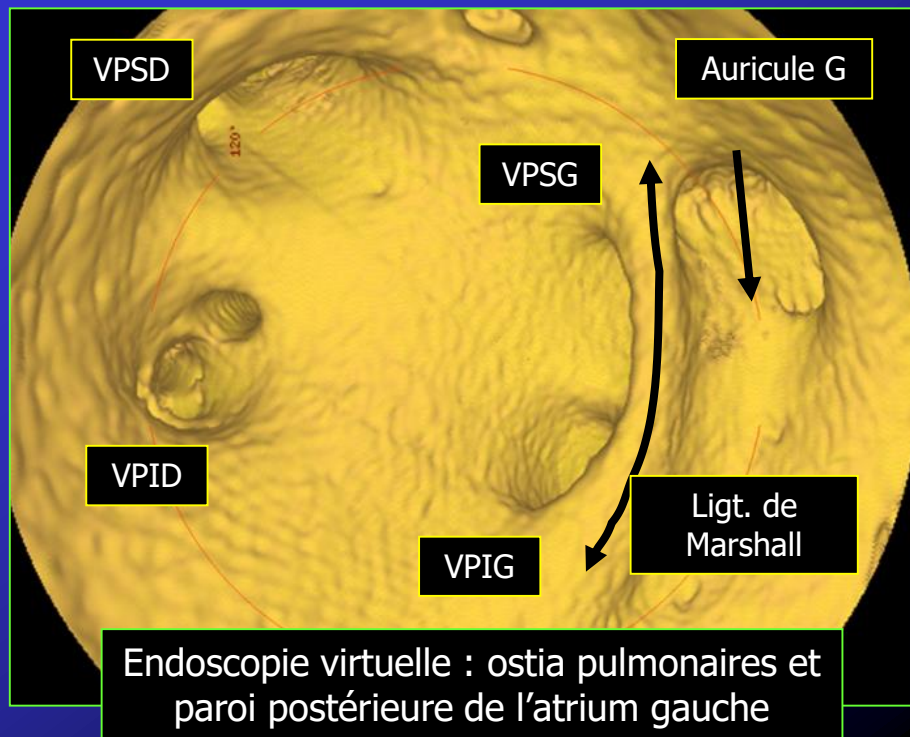
Imagerie des veines pulmonaires et de l'atrium G

Interêt du scanner

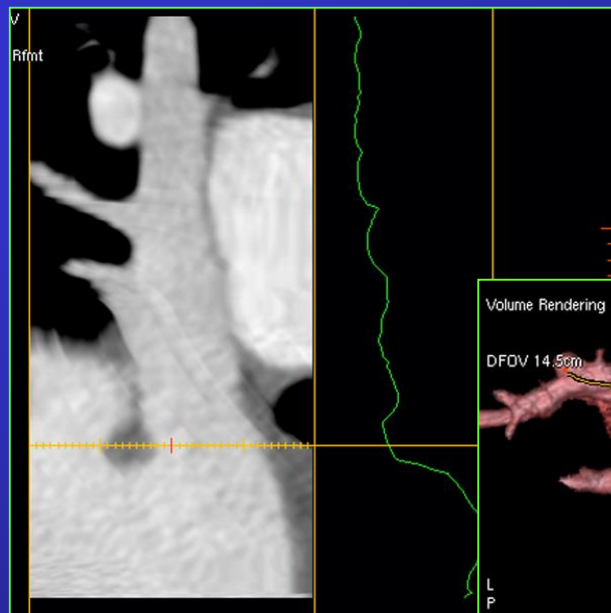
Le succès de l'ablation par radiofréquence lors de la fibrillation atriale repose sur une **cartographie électrique** et/ou **anatomique** parfaite puis sur la **déconnexion thérapeutique complète** des quatre VP (lésion irréversibles des cellules électriques cardiaques).



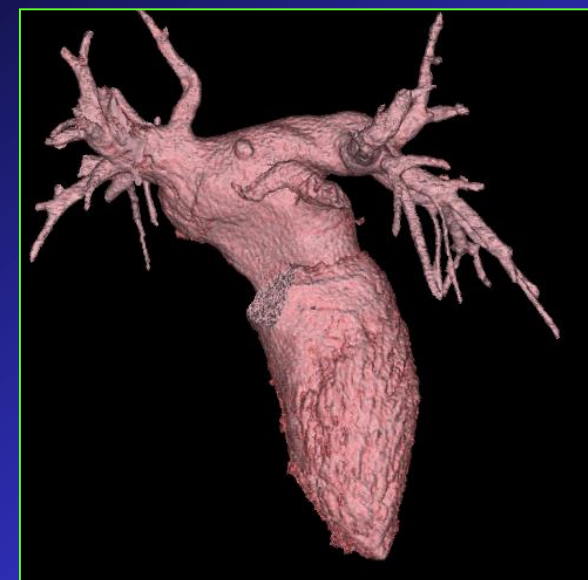
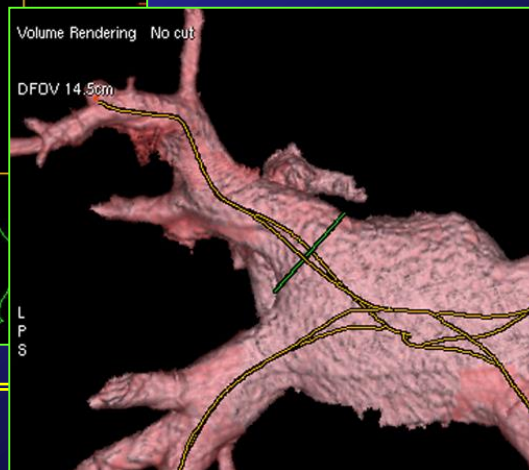
La **complexité et la variabilité de l'anatomie des VP** (plus fréquente que les séries ne le laissent imaginer) rendent l'imagerie pré-procédure indispensable: les chances de succès sont diminuées si tous les foyers ne sont pas traités (foyers naissant par exemple d'une veine surnuméraire). La compréhension avant la procédure de l'anatomie tri-dimensionnelle des VP distales et de l'atrium gauche devient alors impérative : elle permet en outre de planifier l'ablation (choix de la taille des cathéters, axe de cathétérisation, contre indications...).

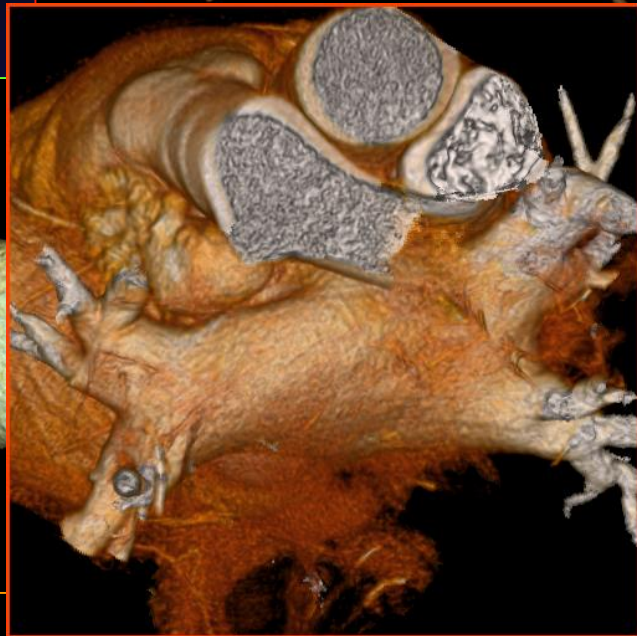
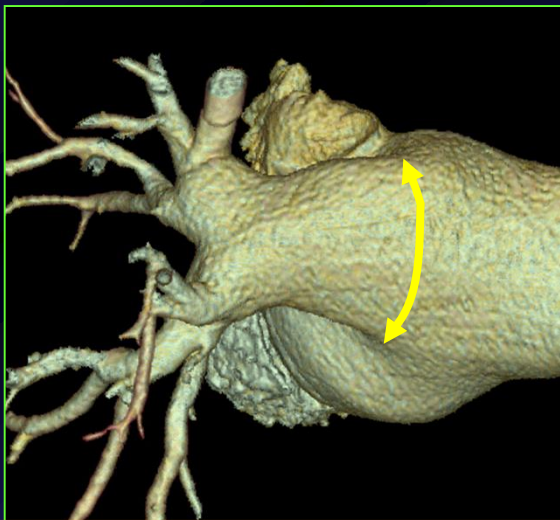
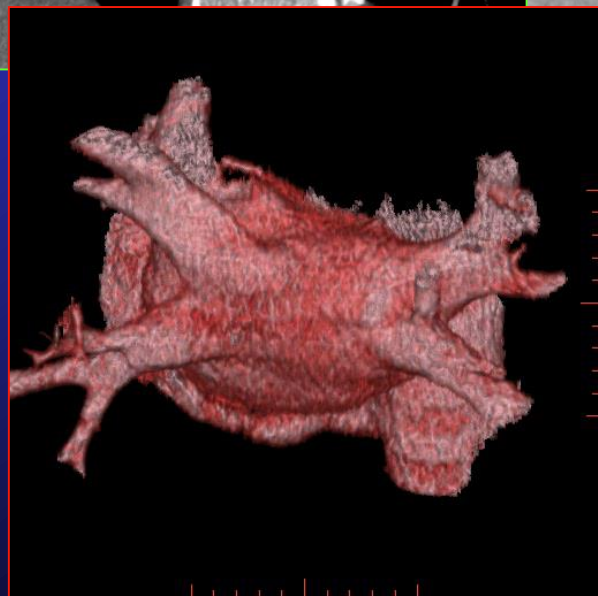


Distribution modale :
 4 jonctions atrio-ventriculaires
 ➔ 58,95%



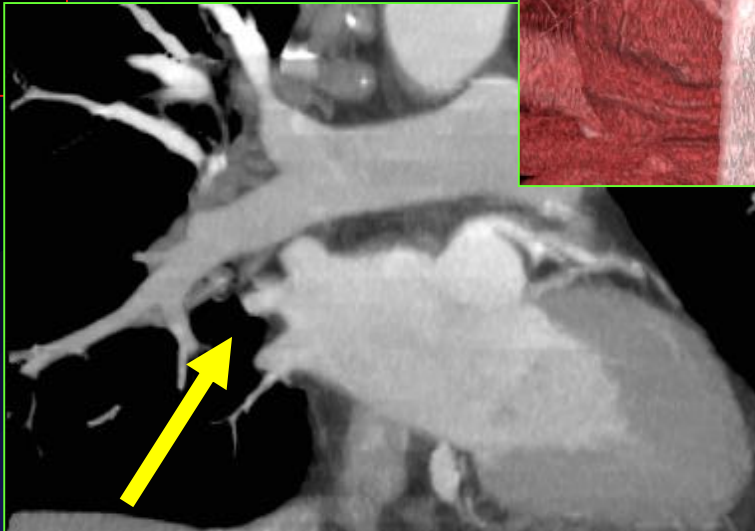
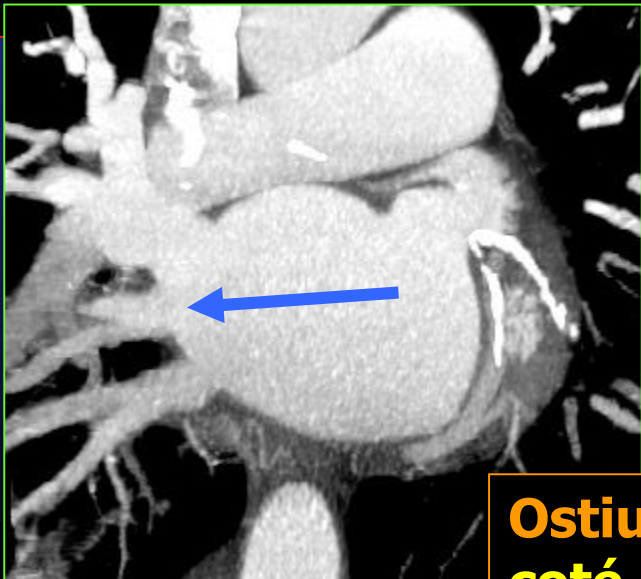
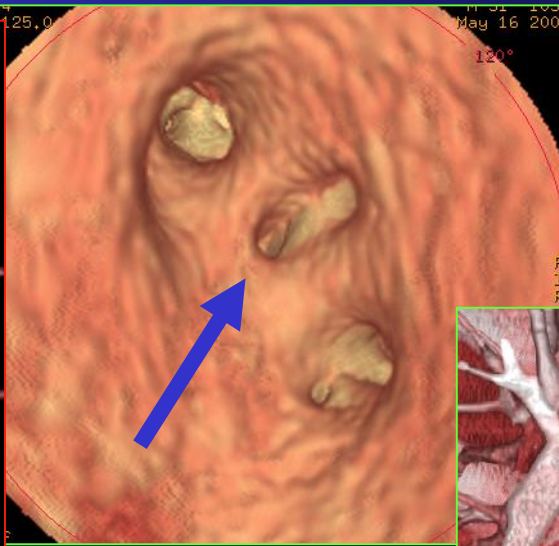
VPSG : Analyse de vaisseaux





Ostium commun : 36,6%

Court/long, coté gauche, patient arythmique +++



**Ostium surnuméraire : 5,22 %
coté droit, drainage veineux lobaire moyen**

CONCLUSION

L'imagerie cardiaque non invasive continue d'évoluer tant au niveau technique que du nombre grandissant d'applications cliniques.

L'électrophysiologie endo-cavitaire peut bénéficier aujourd'hui d'examens tomodensitométriques cardiaques apportant une information anatomique fiable et reproductible (*ICT et RF FA*).

