

## **Vous allez passer une IRM CARDIAQUE de Stress**

**L'IRM cardiaque** permet de visualiser le myocarde et les cavités cardiaques de manière dynamique, et ainsi donner des informations anatomiques (masse cardiaque, épaisseur myocardique, valves cardiaques, péricarde), fonctionnelles (mesures de volumes, de fraction d'éjection, étude de la mobilité segmentaire).

L'injection de gadolinium donne des informations sur la qualité de la perfusion du myocarde et permet de détecter des remaniements tissulaires notamment ischémiques et inflammatoires.

Cet examen est synchronisé au rythme cardiaque et nécessite une participation sous la forme de courtes apnées répétées.

L'analyse de l'aorte peut, dans certaines indications précises, être réalisée lors du même examen. Autrement l'IRM vasculaire, utile à l'analyse des gros et petits vaisseaux (aorte, troncs artériels supra-aortiques, artères abdominales, artères iliaques et des membres inférieurs), est un examen distinct.

Le temps d'examen varie de 30 à 45 minutes selon les indications et vous est au préalable précisé à titre indicatif.

Il existe certaines contre-indications à l'IRM, **raison pour laquelle vous devrez remplir le formulaire de renseignement ci-joint, impérativement avant l'examen.**

### **Contre-indications absolues ou relatives :**

- Pace Maker, défibrillateur automatique implantable
- Certaines anciennes valves cardiaques métalliques
- Certains anciens stents
- Certains clips vasculaires neurochirurgicaux
- Les corps étrangers intra-orbitaires
- Implants cochléaires
- Grossesse

## **IRM cardiaque de stress**

Pourquoi vous propose-t-on une IRM cardiaque de stress ? Pour fonctionner, le muscle cardiaque reçoit du sang oxygéné par des artères, les artères coronaires. Si une ou plusieurs de ces artères sont rétrécies par des plaques d'athérome, le sang passe plus difficilement, mais cela peut toutefois suffire à assurer le bon fonctionnement du cœur au repos.

Par contre, à l'effort, il est possible que l'apport de sang au muscle cardiaque par la ou les coronaires rétrécies ne soit plus assuré correctement.

L'IRM de stress étudie la perfusion du muscle cardiaque en reproduisant des effets semblables à ceux d'un effort (dilatation des artères coronaires) par l'injection d'un médicament, le régadénoson.

Cet examen permet de déceler la présence d'un rétrécissement coronaire avec diminution du flux sanguin, qui ne se manifeste pas par des signes cliniques. Il recherche aussi une éventuelle cicatrice d'infarctus du cœur.

### **Il est important :**

**De ne pas consommer certains aliments dans les 24 heures qui précèdent l'examen** car ils interfèrent avec le régadénoson et peuvent provoquer de faux résultats : café, thé, boisson au cola, chicorée.

### **Précautions :**

- Si vous êtes porteur de matériel implantés, **contacter le secrétariat IRM avant l'examen**. On vous demandera si nécessaire les **références de ce matériel** afin de vérifier sa compatibilité avec l'IRM.
- Pensez à nous signaler si vous êtes claustrophobe (une visite au préalable des installations peut vous aider à surmonter cette angoisse).
- Un dosage de votre taux de créatinine avec calcul de la clairance peut vous être demandé en fonction de votre âge et/ou de vos antécédents personnels ou familiaux.

### **Apportez le jour de l'examen :**

- la demande de votre médecin (ordonnance, lettre, ...)
- le dossier radiologique en votre possession (radiographies, échographies, scanners, IRM et compte-rendu opératoires)
- tous vos résultats d'analyses de sang
- le questionnaire dûment rempli, et les références de matériel dont vous êtes porteur.

### **Avant l'examen :**

- On élimine les contre-indications à l'IRM
- **On vérifie la compatibilité du matériel implanté avec L'IRM.**
- Vos effets personnels resteront en cabine.
- Une voie veineuse périphérique vous sera posée, en fonction de l'indication de l'examen.

### **Pendant l'examen :**

- Suivez attentivement les indications qui vous seront données ; votre coopération est essentielle pour que les images ne soient pas floues.
- Si vous ressentez une douleur lors de l'injection, il faut la signaler immédiatement.

Il est possible de ressentir les effets du médicament injecté : bouffées de chaleur, nausées, douleur, qu'il faudra nous signaler.

### **Résultats :**

Un premier commentaire pourra vous être donné juste après l'examen. Il ne s'agira là que d'une première approche, car les images doivent être ensuite analysées sur un ordinateur par le médecin radiologue et cardiologue. Le compte rendu écrit sera disponible dans les meilleurs délais.

**Si vous avez reçu une injection**, pour accélérer l'élimination du produit, buvez de l'eau abondamment (sauf régime particulier, dans les cas d'insuffisance cardiaque ou rénale).

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que vous êtes amené à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.

## Questionnaire à remplir et à ramener le jour de l'examen

- **Pacemaker, Pile cardiaque, défibrillateur**  oui  non
  - Eclats métalliques au niveau du crâne  oui  non  
(même retirés, métiers à risque : soudeur, mécanicien...)
  - Clips intracrâniens  oui  non
  - Etes-vous claustrophobe  oui  non
  - Madame, êtes-vous susceptible d'être enceinte  oui  non
  
  - Avez-vous subi une intervention il y a moins de 2 mois  oui  non  
Type d'intervention, matériel implanté et date \_\_\_\_\_
  - Etes-vous porteur du matériel suivant: si **OUI** cochez les cases :
    - Prothèses auditives  Appareil de stimulation (vessie, cœur, nerfs)
    - Matériel dentaire amovible  Matériel orthopédique (plaques, clous, vis, prothèse..)
    - Orthodontie
  
  - Etes-vous porteur d'**Implants** : si **OUI** cochez les cases
    - Oculaires  Péniens  Pompe à insuline
    - Cochléaires  Mammaires  DVI, cathéter
  - Etes-vous porteur de **matériel dans les artères, veines, coronaires** : si **OUI** cochez les cases
    - Stents  Filtre veine caveDate d'intervention et référence \_\_\_\_\_
  - **Valve cardiaque**  oui  non  
Type de valve et référence \_\_\_\_\_
  - Valve de dérivation ventriculaire  oui  non
  - Matériel d'acupuncture  oui  non
  - Patch (hormonal, anti-douleur, anti-tabac, morphinique)  oui  non
  - Tatouage  oui  non
- Votre examen peut nécessiter une injection intra-veineuse :
- Donnez-vous votre accord  oui  non
  - Etes-vous insuffisant rénal  oui  non
  - Allergies (alimentaires, médicaments, asthme)  oui  non
  - Madame, allaitez-vous  oui  non
  - Etes-vous atteint d'une maladie virale et/ou infectieuse  oui  non  
Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_
- **Votre poids** : \_\_\_\_\_ **Votre taille** : \_\_\_\_\_

### Signalez toutes réponses positives à la secrétaire.

Nous vous rappelons que tous bijoux et piercing sont à enlever avant le début de l'examen pour son bon déroulement.

**Antibes, le .....**

**Je soussigné(e) Madame, Monsieur**

.....

**déclare avoir pris connaissance des contre indications détaillées dans le questionnaire ci-joint et des risques éventuels.**

**Je donne mon accord pour la réalisation de l'examen en qualité de :**

**Patient**

**Parents (préciser le lien de parenté) :**

.....

**Signature :**