

QUELLES INCIDENCES ETT POUR QUELS PARAMÈTRES...

Pr Alexandre OUATTARA
Service d'Anesthésie-Réanimation cardiovasculaire
Biologie des maladies cardiovasculaires, INSERM UMR 1034
Hôpital Haut-Lévêque, Université de Bordeaux, France




CHU BDX ANESTHÉSIE-RÉANIMATION CARDIOVASCULAIRE **UNIVERSITÉ BORDEAUX** **Inserm**

RÈGLES DE BON USAGE...

- ECG (cycle cardiaque)
- Identification du patient
- Examen « systématisé » (en dehors de l'urgence vitale...)
- Enregistrement fiable (archivage)
- Compte rendu (idéalement informatisé)
- Nettoyage après chaque usage +++
- « Patient positionné en décubitus latéral gauche avec bras et main gauche placés sous la tête, le bras droit positionné le long du corps... »

PHÉNOMÈNE DOPPLER

$$\Delta F = V \times F_e \times \cos \theta / C$$

Avec ΔF : décalage de fréquence
 V : vitesse de la cible
 F_e : fréquence émise
 C : célérité
 θ : angle entre le faisceau et la direction du déplacement

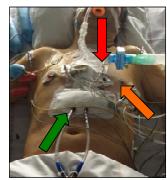
	Favors transthoracic echocardiography	Favors transesophageal echocardiography
Même si ETO, toujours commencer par l'ETT (guide l'examen, informations complémentaires)	Versatility, strictly non invasive, availability, no contraindication (even in spontaneously breathing patients) Assessment of superficial anatomical structures (apical thrombus, pericardial space, inferior vena cava)	High imaging quality, reproducibility and stability of imaging planes (especially in ventilated patients) Assessment of deep anatomical structures (great vessels, base of heart, mediastinum, prosthetic valves, atria and appendages)
	Optimal alignment of Doppler beam with transvalvular blood flows (mitral, aortic and tricuspid valves), and abnormal jets (valvulopathy, left ventricular outflow tract obstruction)	Precise identification of the mechanism of certain native or prosthetic valve dysfunctions (eccentric mitral regurgitation, prosthetic valve dysfunction) Identification of intracardiac shunts
	Evaluation of pulmonary artery pressure (tricuspid and pulmonary regurgitant jets)	Identification of great vessels diseases (proximal pulmonary embolism, spontaneous or traumatic acute aortic conditions)

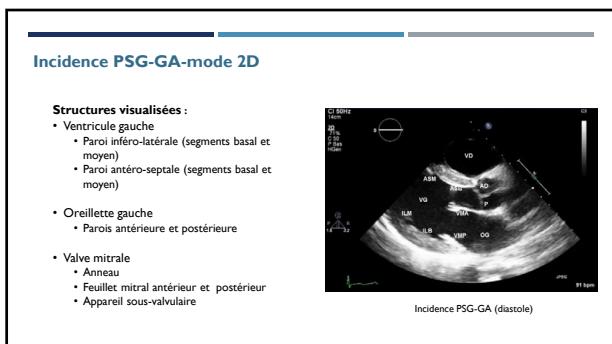
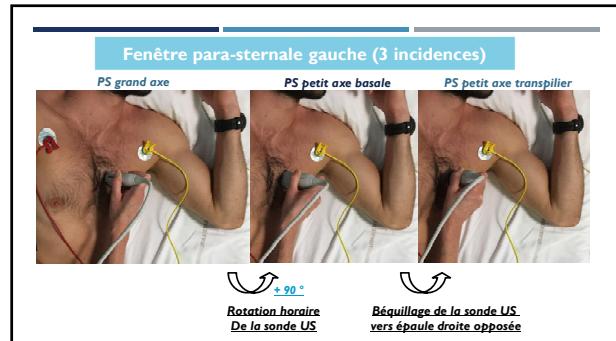
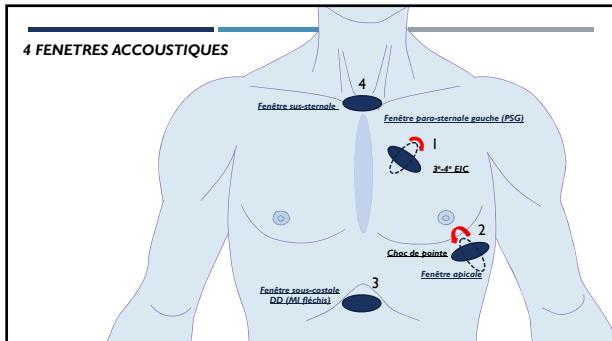
ETO : les règles

- ❖ Vérifier l'absence de contre-indication (si relative : bénéfice / risque)
- ❖ Patient ventilé sous séduction (patient vigile en VS : expertise)
- ❖ Position latérale si patient en VS (assise si hypoxémie en VS : expertise)
- ❖ Introduction sous contrôle de la vue (aveugle en VS : expertise)
- ❖ Protection à usage unique, ne jamais bloquer la molette d'antéflexion
- ❖ Un médecin réalise l'examen, une autre personne surveille le patient et constantes vitales
- ❖ Comme pour l'ETT : identité, ECG, enregistrement, compte-rendu +++

ETT DANS LA VRAIE VIE...

- Milieu hostile des soins critiques...
- Obésité
- Ventilation mécanique (haut niveau de Peep +++)
- Emphysémateux (Z de l'air ≈ 0)
- Mobilité réduite (KTC, drains, câbles de monitorage,...)
- Incisions chirurgicales, drains, redons, pansements
- Décubitus dorsal strict (+++)





Incidence PSG-GA-mode 2D Aorte (2-3^{ème} EIC +++)

- Mesure de 3 segments de l'aorte ascendante en **télédiastole** (bord d'attaque à bord d'attaque)
- Sinus de Valsalva
 - Jonction sino-tubulaire
 - Aorte tubulaire



PSG-GA mode 2D-Anneau aortique

- Mesure en proto-méso-systole (zoom+++)
- Bord de fuite à bord d'attaque



PSG-GA mode 2D –Aorte (valeurs normales)

	Homme	Femme
Bidimensionnel		
Aorte anneau	26±3 mm 13±1 mm/m ²	23±2 mm 13±1 mm/m ²
Sinus vasalva	34±3 mm 17±2 mm/m ²	30±3 mm 18±2 mm/m ²
Aorte jonction sino-tubulaire	29±3 mm 15±2 mm/m ²	26±3 mm 15±2 mm/m ²
Aorte ascendante proximale	30±4 mm 15±2 mm/m ²	27±4 mm 16±3 mm/m ²

PSG-GA mode 2D valve mitrale

- Analyse des mouvements des feuillets valvulaires mitraux en diastole
- Analyse position des feuillets par rapport au plan de l'anneau mitral. Coaptation normale dans le VG en dessous ou sur le plan de l'anneau mitral



Mesure de la taille de l'anneau mitral **en diastole** rapporté à la longueur de la valve antérieure

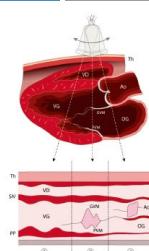
Rapport normal anneau mitral/longueur de la valve mitrale antérieure est < à 1,3



PSG GA mode TM

Balayage des structures selon 3 axes du mode TM

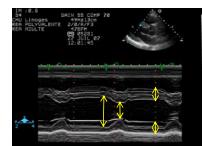
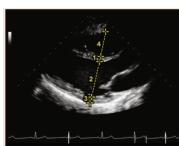
- VG
- Valve mitrale
- Racine aortique- oreillette



Balayage des structures cardiaques en mode TM

Incidence PSG-GA-VG

- Mesure diamètres et épaisseurs de la paroi antéro septale et inféro latérale à partir d'une image 2D ou TM



Incidence PSG-GA mode TM-VG

Mesures :

- Epaisseur de la paroi antéro-septale en D et S
- Diamètre interne du VG en D et S
- Epaisseur paroi inféro-latérale en D et S

Précisions

- VG horizontal
- TM perpendiculaire au grand axe VG, passant par les cordages mitaux
- Vitesse de défilement à 100 mm/s
- Mesure de bord d'attaque à bord d'attaque du septum interventriculaire, diamètre VG et paroi postérieure au temps diastolique (pied QRS) et systolique (nadir du septum)



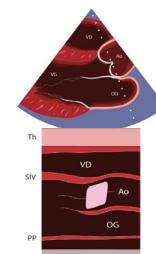
Valeurs normales 2D du diamètre télediastolique VG (DTDVG) et du diamètre télésystolique VG (DTSVG) :

- chez l'homme : DTDVG : 42-58 mm, soit 22-30 mm/m² ; DTSVG : 25-40 mm, soit 13-21 mm/m²
- chez la femme : DTDVG : 38-52 mm, soit 23-31 mm/m² ; DTSVG : 22-35 mm, soit 13-21 mm/m²

PSG GA Mode TM AO/OG

Mesures :

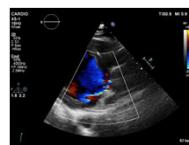
- Diamètre antéro-postérieur de la racine aortique
- Ecart inter-sigmoidien
- Diamètre antéro-postérieur de l'oreillette gauche en télésystole



ETT, coupe TM aorte-OG obtenue par voie parasternale gauche grand axe.

PSG-GA doppler couleur

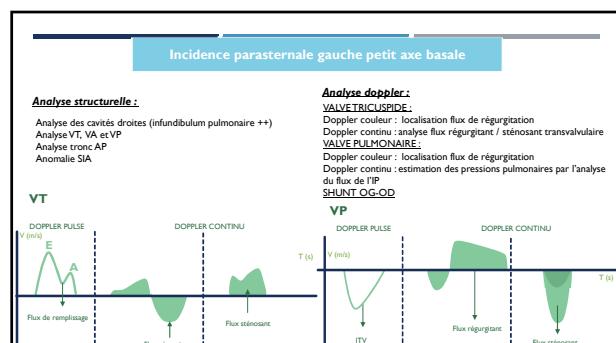
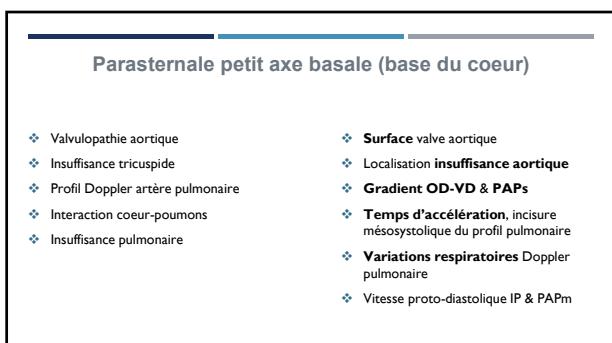
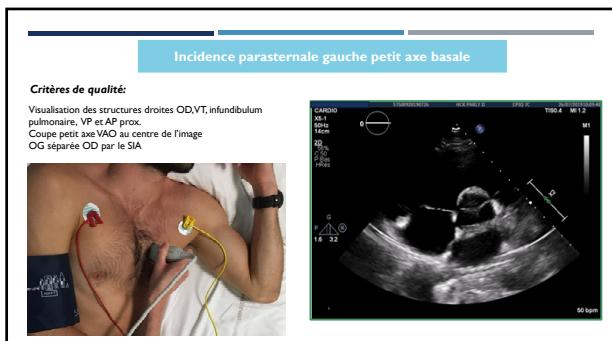
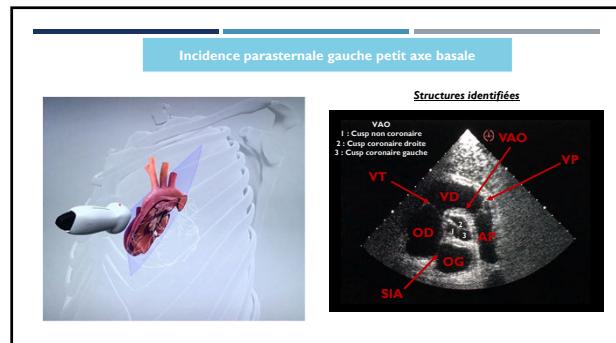
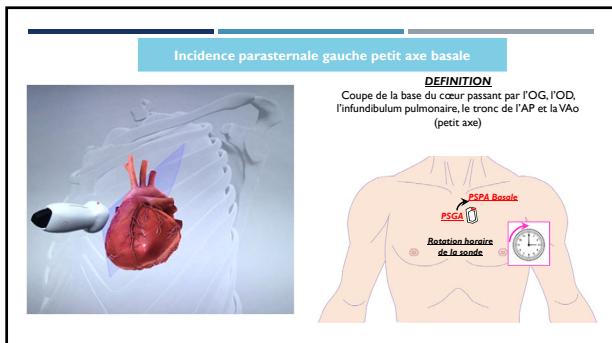
- Utilisé sur les valves mitrale et aortique



IA excentrée

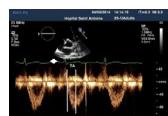
Parasternale grand axe : les paramètres

- Taille des ventricules
- Remodelage VG (dilatation, HVG, anévrisme)
- Fonction systolique VG
- Chambre de chasse du VG (zoom)
- Valvulopathie mitrale (2D et couleur)
- Valvulopathie aortique
- Epanchement péricardique, masse rétrosternale.
- Rapport du diamètre télediastolique VD/VG
- DTD VG, épaisseur pariétale (télediastole)
- Fraction de raccourcissement de diamètre
- Diamètre chambre chasse VG et taille OG
- Doppler couleur abnormal : turbulence, extension jet réurgitant (perpendiculaire)
- Distance entre feuillets du péricarde.



Flux d'éjection dans l'infundibulum pulmonaire (Doppler pulsé)

- Doppler couleur sur la valve pulmonaire
- Aligner curseur sur le Doppler couleur et activer le Doppler pulsé
- Recueil du flux d'éjection dans l'infundibulum pulmonaire
- Aspect de flux laminaire
- Mesure du temps d'accélération :
 - Délai entre le début et le pic du flux



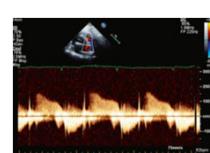
Incidence PSG-PA. Flux d'éjection dans l'infundibulum pulmonaire en Doppler pulsé.

Temps d'accélération normal > 120-130 ms

Doppler continu sur la valve pulmonaire

Recueil du flux d'insuffisance pulmonaire

- Activer le Doppler couleur sur la valve pulmonaire
- Aligner le curseur sur le Doppler couleur et activer le Doppler continu
- Recueil du flux d'insuffisance pulmonaire :
 - Mesure du gradient protodiasystolique (PAPm)
 - Mesure du gradient télediasystolique (PAPd)
- Intérêt de l'utilisation de la sonde doppler non couplée (Pedoff), plus sensible pour détecter une insuffisance pulmonaire

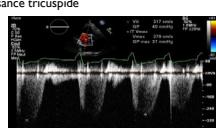


ETT, coupe parasternale gauche petit axe.
Flux d'insuffisance pulmonaire physiologique recueilli en Doppler continu.

Doppler continu sur la valve tricuspidale

Flux d'insuffisance tricuspidale physiologique recueilli en Doppler continu

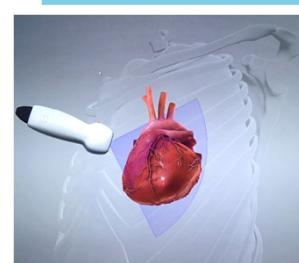
- En s'alignant sur la fuite tricuspidale visualisée en Doppler couleur
- Activer le Doppler continu
- Mesure de la Vmax du flux tricuspidale
- Intérêt de l'utilisation de la sonde Doppler non couplée (Pedoff), plus sensible pour détecter une insuffisance tricuspidale



ETT. Doppler continu en coupe parasternale gauche petit axe.
Flux d'insuffisance tricuspidale physiologique recueilli.

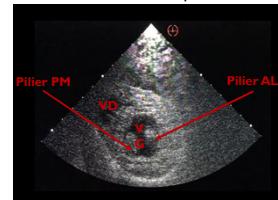
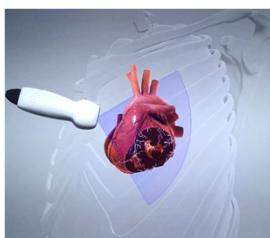
Incidence parasternale gauche petit axe transpilier

DEFINITION
Incidence coupant les ventricules transversalement au niveau des piliers de la valve mitrale



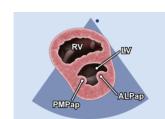
Incidence PSG-PA transpilier

Structures identifiées



Parasternale petit axe (1)

Passant par les muscles papillaires



Parasternale petit axe (2)

Balayage de la base vers le pointe du cœur

base piliers apex

Parasternale petit axe (muscles papillaires)

Incidence PSG-PA transpilier

Analyse structurelle :
Epaisseur, contractilité segments médians du VG
Analyse des piliers mitraux
Exploration anomalie du SIV (défaut septal)
Interaction VG-VD

Analyse doppler :
SIV:
Doppler couleur : localisation de CIV

Parasternale petit axe (muscles papillaires)

- ❖ Remodelage VG (dilatation, HVG)
- ❖ Fonction systolique VG globale
- ❖ Anomalie de contraction segmentaire
- ❖ **Septum paradoxal**
- ❖ Valvulopathie mitrale (2D et couleur)
- ❖ Épanchement péricardique.
- ❖ DTD VG, épaisseur pariétale (télédiastole)
- ❖ Surface téldiestolique (précharge)
- ❖ **Fraction de réduction de surface**
- ❖ Sévérité & localisation de l'anomalie de contraction segmentaire (**3 territoires**)
- ❖ **Index d'excentricité.**

Fenêtre apicale (4 incidences)

APICALE 4C APICALE 5C APICALE 2C APICALE 3C

Béquillage de la sonde US Vers le bas Béquillage de la sonde US Vers le bas
Rotation anti horaire 45-90°

Incidence apicale 4 cavités

DEFINITION
INCIDENCE QUI COUPE LES VENTRICULES ET LES OREILLES SUR LEUR GRAND AXE EN PASSANT PAR L'APEX

PLACEMENT DE LA SONDE SUR LE THORAX

Incidence apicale 4 cavités (4C)

Structures identifiées

Paroi IS VG
Paroi AL VG
Péricarde
VT
VD
VM
OD
OG

Incidence apicale 4 cavités (4C)

Critères de qualité:

- Ventricules verticaux au centre de l'écran
- Visualisation pointe VG, SIV et SI4 verticaux
- V Ao et CCVG non vus

Incidence apicale 4C

Analyse structurale :
Taille, épaisseur et fonction systolique globale VG/VD
Clinique segmentaire VG : paroi antéro-latérale et inféro-septale
Diagnostic ASIA, CIV

Analyse doppler :
VALVE MITRALE :
Doppler couleur : analyse flux régurgitant (**PISA**), (sténosant (aliasing))
Doppler pulsé : profil mitral
Doppler continu : analyse flux de régurgitation / de sténose (valve native, prothèse, plastie)
VALVE TRICUSPIDE :
IDEM (au besoin mobiliser la sonde pour aligner le tir doppler)

VM/VT

V (m/s) E Flux de remplissage A Flux régurgitant D Flux sténosant T (s)

DOPPLER PULSE DOPPLER CONTINU

Apicale quatre / cinq cavités

- Taille des ventricules
- Remodelage VG (dilatation, HVG, anévrisme)
- Fonction systolique VG et VD
- Anomalie de contraction segmentaire
- Valve mitrale (2D et Doppler)
- Valve aortique (2D et Doppler)
- Jets anormaux
- Epanchement péricardique.
- Rapport de la surface téldiastolique VD/VG
- FEVG & MAPSE / S', FRS VD & TAPSE / S'
- Relaxation & pression remplissage VG
- Sévérité valvulopathie mitrale
- Sévérité valvulopathie aortique
- ITV sous-aortique & volume d'éjection VG
- Obstacle à l'éjection VG, shunt intracardiaque
- Distance entre feuillets du péricarde.

Incidence apicale 5 cavités (5C)

Alignement sur la chambre de chasse du VG

Apicale 4C
Béquille de la sonde US
Vers le bas

Apicale 5C

Incidence apicale 5C

Structures identifiées

CCVG
VD
VG
YM
VT
OD
OG
VAO

Incidence apicale 5C

Critères de qualité:
Visualisation des 5 cavités (CCVG, OG, VG, OD, VD)

Incidence apicale 5C

Analyse structurelle :
Analyse de la Vao et de la CCVG
Analyse cinétique segmentaire VG : parois AS et IL

Analyse doppler :
VALVE AORTIQUE :
Doppler couleur : localisation flux de régurgitation / flux sténosant
Doppler pulsé : mesure ITV sous Ao (attention alignement tir)
Doppler continu : analyse flux régurgitant / sténosant (valve native, prothèse, plastie)
CCVG :
Doppler couleur et pulsé sur flux d'obstruction intra-VG

Incidence apicale 2 cavités (2C)

DÉFINITION
INCIDENCE QUI COUPE VG SUR SON GRAND AXE EN PASSANT PAR SON APEX ET SES PAROIS INFÉRIEURE ET ANTERIEURE

COUPE APICALE 2 CAVITES

PRINCIPALES STRUCTURES IDENTIFIÉES

COUPE APICALE 2 CAVITES

VUE ECHOCARDIOGRAPHIQUE :

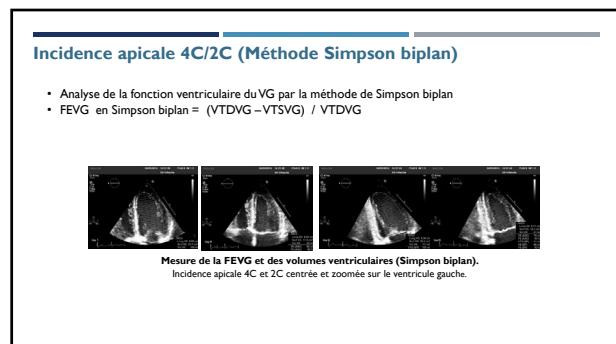
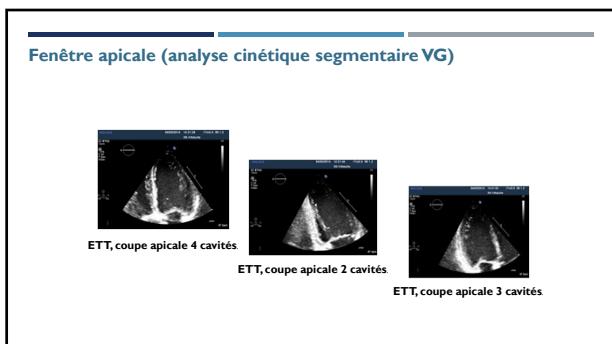
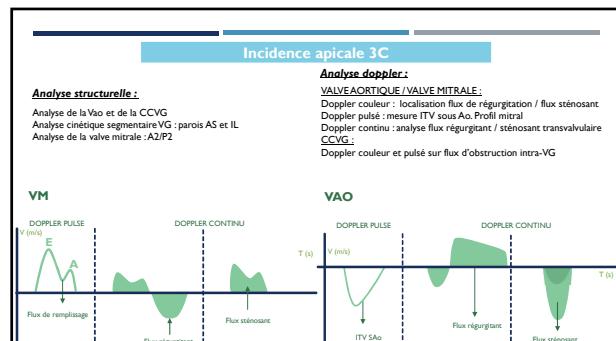
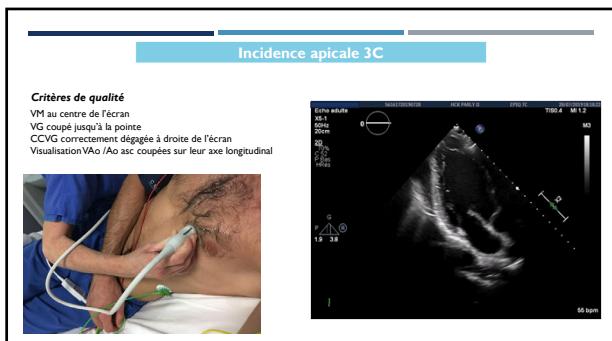
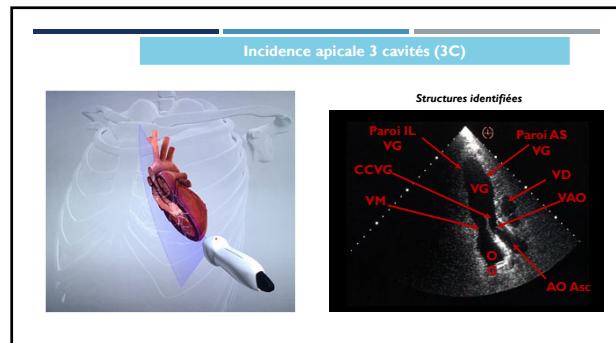
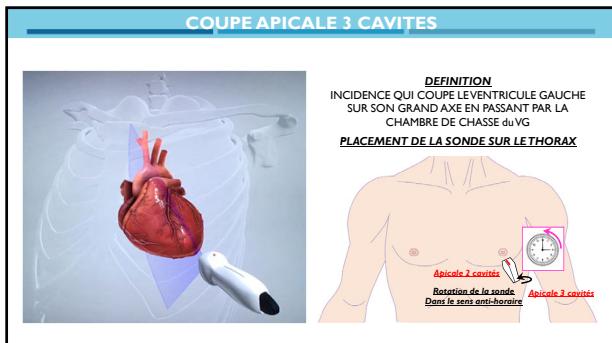
Critères de qualité de la coupe :
Visualisation de 2 cavités : OG et VG
VG centrée
Visualisation du VG selon son grand axe jusqu'à la pointe (verticale à l'écran)

COUPE APICALE 2 CAVITES

INTERET DE L'INCIDENCE :

Analyse structurelle :
Appréciation taille, épaisseur et fonction globale VG
Analyse cinétique segmentaire VG : paroi antérieure / inférieure

Analyse doppler :
VALVE MITRALE :
Doppler couleur / Doppler pulsé / Doppler continu (idem incidence 4C)



FEVG par méthode de Simpson biplan

Valeurs normales de la FEVG :

- ✓ chez l'homme : 52-72 %
- ✓ chez la femme : 54-74 %

Valeurs normales 2D du volume téldiaétiolique VG (VTDVG) et du volume télesystolique VG (VTSG) :

- ✓ Homme : VTDVG : 34,74 ml/m²; VTSG : 11-31 ml/m²
- ✓ Femme : VTDVG : 29-61 ml/m²; VTSG : 8-24 ml/m²

Incidence apicale 4C: Doppler pulsé

Enregistrement du flux transmitral

- Curseur placé à l'extrémité des valves
- Flux à double composante : onde E protodiastolique et onde A téldiaétiolique
- Evaluation des pressions de remplissage du VG

Incidence apicale 4C: Doppler tissulaire anneau mitral

- Curseur au niveau de l'anneau mitral, paroi inféro-septale et pariétal antéro-latérale
- Enregistrement flux à 3 composantes :
 - Onde S' systolique positive
 - Onde protodiastolique E' ou Ea négative
 - Onde téldiaétiolique A' négative
- Détermination du rapport E/E' pour l'évaluation des pressions de remplissage

Incidence apicale 4 cavités.
Flux en Doppler pulsé tissulaire enregistré à l'anneau mitral (paroi latérale)

Incidence apicale 4C: Doppler tissulaire anneau tricuspidale

Flux en Doppler pulsé tissulaire enregistré à l'anneau tricuspidale

- Curseur au niveau de l'anneau tricuspidale, paroi latérale
- Enregistrement d'un flux à quatre composantes :
 - 1^{re} onde positive : contraction isovolumique
 - 2^{re} onde positive : onde S' systolique
 - onde distolique précoce E' négative
 - onde distolique tardive A' négative
- Permet l'évaluation de la fonction systolique VD
- Dysfonction systolique du VD si onde S' < 10 cm/s

Incidence apicale 4C
Doppler tissulaire à l'anneau tricuspidale.

Incidence apicale 4C: TM

Mesure de l'excursion systolique de l'anneau tricuspidale (TAPSE)

- Curseur bord latéral anneau tricuspidale
- Mode TM
- Normale : 15-30 mm

Dysfonctionnement systolique du VD si < 15 mm

Mesure de l'excursion systolique de l'anneau tricuspidale (TAPSE) en mode TM.

Incidence apicale 4C: mode 2D

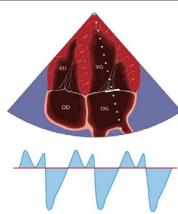
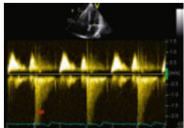
Visualisation 3 des 4 veines pulmonaires (selon anatomie et orientation du capteur) :

- Veine pulmonaire supérieure droite
- Veine pulmonaire supérieure gauche
- Veine pulmonaire inférieure gauche

Incidence apicale 4C: doppler continu VM

Enregistrement du flux mitral

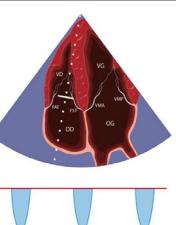
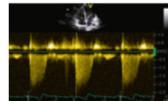
- Doppler couleur
- Aligner curseur sur le flux mitral
- Doppler continu
- Mesure du gradient transmital
- Flux d'IM systolique



Incidence apicale 4C: doppler continu VT

Enregistrement du flux tricuspidé

- Doppler couleur
- Curseur sur le flux tricuspidé
- Doppler continu
- Enregistrement flux systolique négatif
- Evaluation PAPs par mesure Vmax du flux tricuspidé ($PAPs = 4V_{max}^2 + POD$)

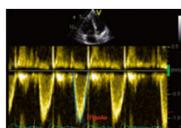


Incidence apicale 4C
Flux d'insuffisance tricuspidé
(Doppler continu)

Incidence apicale 5C: Doppler pulsé

Mesure de l'ITV sous aortique

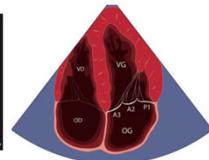
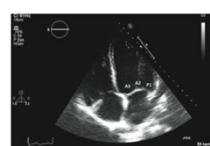
- Curseur chambre de chasse du VG
- Enregistrement d'un flux systolique négatif laminaire
- Mesure débit cardiaque à partir ITV sous aortique, du diamètre de la chambre de chasse et de la fréquence cardiaque (clic fermeture mais pas d'ouverture)



Incidence apicale 5 cavités.
Enregistrement en Doppler pulsé de l'intégrale temps-vitesse sous-aortique.

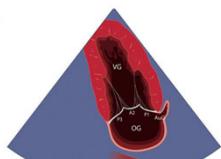
Incidence apicale 4C (Segmentation mitrale)

- Visualisation des segments P1,A2 et A3



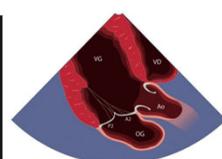
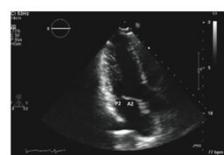
Incidence apicale 2C (Segmentation mitrale)

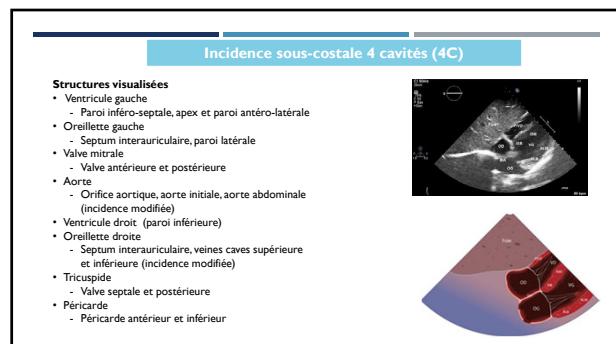
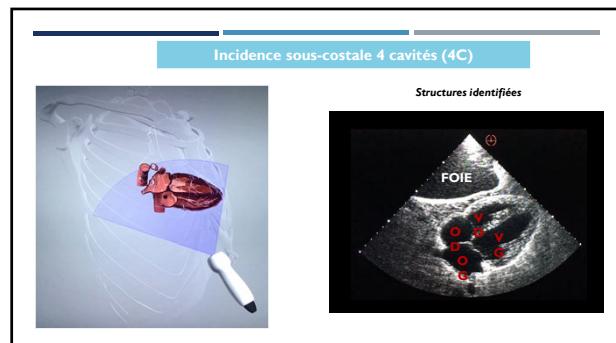
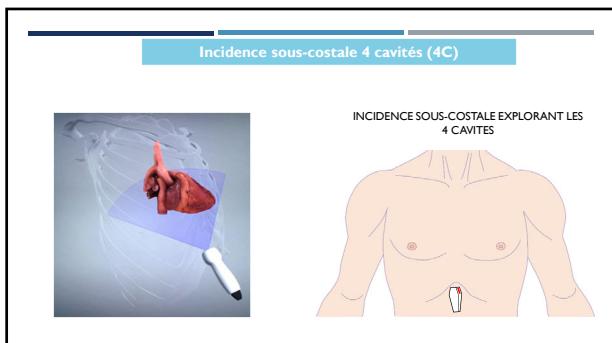
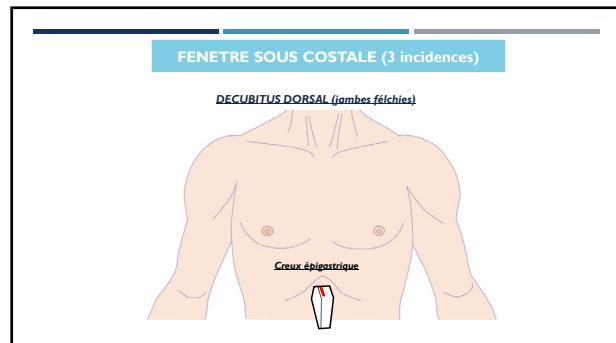
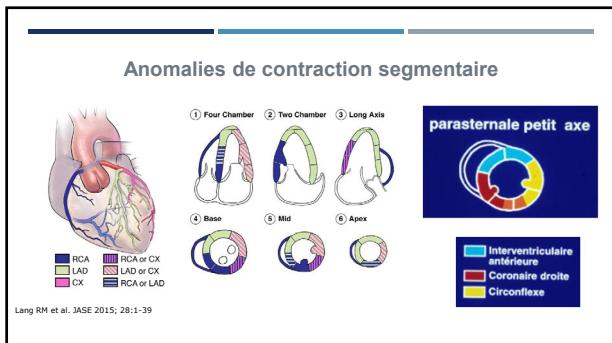
- Visualisation des segments P1,A2 et P3 (+auricule gauche)



Incidence apicale 3C ou 5C (Segmentation mitrale)

- En coupe 3 ou 5 cavités, visualisation segments A2 et P2





Incidence sous-costale 4C

- Analyse fonction VG en mode TM
- Curseur perpendiculairement aux cavités ventriculaires
- Mesures équivalentes à celles obtenues en parasternale grand axe

Coupe TM du ventricule gauche obtenu à partir d'une coupe 4 cavités sous-costale.

Incidence sous-costale 4 cavités (4C) centrée sur VCI

- Placer le curseur à environ 1 cm de l'abouchement de la veine cave inférieure dans l'oreillette droite
- Curseur perpendiculaire à la VCI
- Mode TM
- Mesurer le diamètre maximal expiratoire (Dmax) puis le diamètre minimal inspiratoire (Dmin)
- Calcul de l'index de collapsus de la veine cave inférieure : $[(D_{max} - D_{min}) / D_{max}] \times 100$: **N > 50 %**

Mesure à 1-2 cm de l'abouchement OD
Valeur normale 14 à 17 mm

Collapsus de la VCI à l'inspiration (hypovolémie)

VCI dilaté ne respirant pas (variation globale sans variation du diamètre+++)

Incidence sous-costale 4C (centrée sur VCI)

Diamètre VCI	Collapsus VCI	POD
< 21 mm	< 50%	8mmHg (5-10 mmHg)
< 21 mm	> 50%	3mmHg (0-5 mmHg)
> 21 mm	> 50%	8mmHg (5-10 mmHg)
> 21 mm	< 50%	15 mmHg (10-20 mmHg)

Sous-costale des quatre cavités : Doppler pulsé

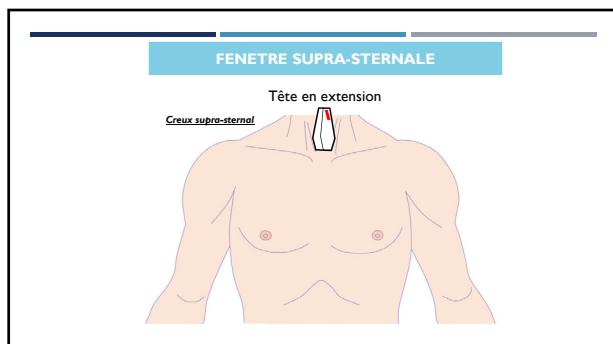
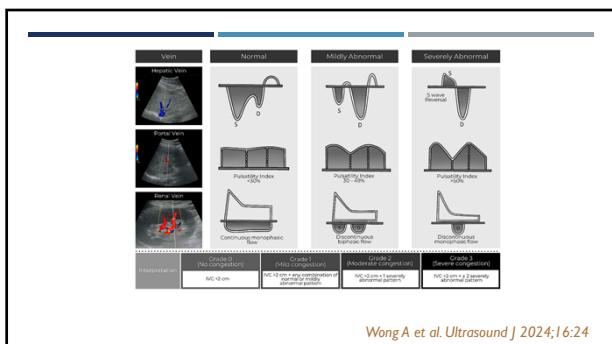
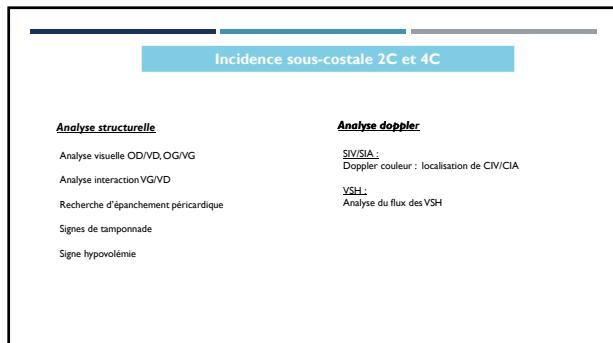
- Positionner le curseur dans l'abouchement d'une veine sus hépatique dans la veine cave inférieure
- Activer le Doppler pulsé
- Obtention d'un flux triphasique :
 - Onde S systolique négative
 - Onde D diastolique négative
 - Onde A : composante télediastolique positive

ETT, incidence sous-costale. Flux en Doppler pulsé des veines sus-hépatiques.

Sous-costale petit axe : mode 2D

- Rotation anti-horaire de 90° par rapport à la coupe sous costale des 4 cavités, incidence de la base du cœur, particulièrement utile chez les patients ventilés
- Visualisation de la voie pulmonaire (infundibulum, tronc de l'artère pulmonaire et bifurcation) et des cavités droites

ETT, coupe petit axe de la base du cœur par voie sous-costale en systole.



Incidence supra-sternale (coupe longitudinale crosse aortique en mode 2D)

Méthode

- Patient en décubitus dorsal, tête en extension et légère rotation (hyperextension avec oreiller sous les épaules)
- Sonde creux suprasternal
- Repère sonde légèrement inclinée vers la droite

Coupe longitudinale de la crosse aortique par voie suprasternale.

Incidence supra-sternale (coupe longitudinale crosse aortique en mode 2D)

Structures visualisées :

- Aorte
 - Aorte ascendante, crosse de l'aorte et départ de l'aorte descendante
 - Origine des vaisseaux de la base du cou : tronc artériel brachiocephalique, carotide primitive gauche et sous-clavière gauche
 - Artère pulmonaire droite
 - Toit de l'oreillette gauche

Doppler couleur :

- Flux dans l'aorte ascendante venant vers le capteur, codé en rouge
- Flux dans l'aorte descendante fuyant le capteur, codé en bleu
- Absence de flux visualisé dans l'aorte horizontale (perpendiculaire au faisceau ultrasonore)

Coupe longitudinale de la crosse aortique par voie suprasternale.

Mesure de la vitesse du reflux dans l'isthme

- Positionner la fenêtre d'échantillonage dans l'aorte descendante, après le départ de la sous-clavière gauche
- Enregistrement d'un flux biphasique :
 - Flux systolique négatif en systole
 - Reflux positif protodiastolique
 - Parfois suivi d'un flux antérograde mérodiastoliques négatifs
- Mesure de la vitesse du reflux dans l'isthme en protodiastole au pied du QRS**

Normal < 0,18 m/s

ETT/ incidence suprasternale.
Flux en Doppler pulsé mesuré dans la crosse aortique après le départ de l'artère sous-clavière gauche.

Principales valeurs normales chez l'adulte.

	Homme	Femme
Mode TM/2D		
Diamètre VG diastolique	42-58 mm soit 22 à 30 mm/m ²	38-52 mm soit 23-21 mm/m ²
Diamètre VG systolique	25-40 mm soit 13-21 mm/m ²	22-35 mm soit 13-21 mm/m ²
Épaisseurs diastolique antéro-septale et inféro-latérale	6-10 mm	6-9 mm
Masse VG indexée	≤ 115 g/m ²	≤ 95 g/m ²
Mesure de l'excursion systolique de l'anneau tricuspidé TAPSE	≥ 17 mm	

Principales valeurs normales chez l'adulte.

	Homme	Femme
Bidimensionnel		
Aorte anneau	2,6 ± 0,3 cm ou 1,3 ± 0,1 cm/m ²	2,3 ± 0,2 cm ou 1,3 ± 0,1 cm/m ²
Aorte sinus	3,4 ± 0,3 cm ou 1,7 ± 0,2 cm/m ²	3,0 ± 0,3 cm ou 1,8 ± 0,2 cm/m ²
Aorte jonction sino-tubulaire	2,9 ± 0,3 cm ou 1,5 ± 0,2 cm/m ²	2,6 ± 0,3 cm ou 1,5 ± 0,2 cm/m ²
Aorte ascendante proximale	3,0 ± 0,4 cm ou 1,5 ± 0,2 cm/m ²	2,7 ± 0,4 cm ou 1,6 ± 0,3 cm/m ²
Surface OG	≤ 20 cm ²	
Volume OG	≤ 34 ml/m ²	

Principales valeurs normales chez l'adulte.

	Homme	Femme
Bidimensionnel		
Volume VG télendiastolique	62-150 ml ou 34-74 ml/m ²	46-106 ml ou 29-61 ml/m ²
Volume VG télesystolique	2-6 l/ml	14-42 ml ou 8-24 ml/m ²
FEVG Simpson biplan	52-72 %	54-74 %
VCI	< 21 mm, index collapsus > 50 %	

Principales valeurs normales chez l'adulte.	
Doppler	
Flux d'éjection sous-pulmonaire : temps d'accélération pulmonaire	> 120 ms
Insuffisance pulmonaire	V protodiastolique (< 2 m/s) et V télediastolique (< 1,2 m/s)
Insuffisance tricuspidie	Vmax ≤ 2,8 m/s (seuil plus élevé chez le sujet âgé, obésé)
Doppler pulsé mitral	Em/Am : 0,9-1,5. Souvent < 1 (sujets âgés), > 2 (jeunes) Temps de décélération Em : 160-240 ms Durée Ap < durée Am
Doppler pulsé tricuspidie	Et/At ≥ 0,8 et ≤ 2. Temps de décélération Et ≥ 120
Doppler pulsé tissulaire anneau mitral	En cas de FEVG préservée : Vitesse onde e' septale ≥ 7 cm/s, vitesse onde e' latérale ≥ 10 cm/s et rapport E/e' moyen ≤ 14

Principales valeurs normales chez l'adulte.	
Doppler	
Doppler pulsé tissulaire anneau tricuspidie	Pic s/t ≥ 10 cm/s Et/e' ≤ 6 TRI < 40 ms
Doppler pulsé veine pulmonaire	S/D > 1 (sauf sujet jeune) Durée Ap < durée Am Pic Ap < 35 cm/s
Doppler pulsé chambre de chasse VG (5 cavités)	Pic de vitesse > 0,7 m/s, ITV > 15 cm
Doppler pulsé VSH (sous-costale)	S/D > 1