

Le CORO-SCANNER en 2026 :

de l'imagerie anatomique...
à la cardiologie prédictive

30 mai 2026

Journée de Printemps - SFR lorraine

 **Radiolor**

Dr Samuel TISSIER

Nancy - 2026



Conflits d'intérêts

- l'orateur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer

Coro-Scanner

CANON AQUILION PRISM - SIEMENS EDGE - GE REVO FRONTIER

IRM cardiaque

SIEMENS LUMINA 3T - ALTEA 1,5T

Post Traitement

GE Advantage Workstation Server - CIRCLE CVI42

Synthétisation

OpenAI (2026) – ChatGPT



Le CORO-SCANNER en 2026 :

de l'imagerie anatomique...
à la cardiologie prédictive

1/ Considérations techniques, scientifiques et recommandations

*2/ Au delà de la sténose, quantification avancée et fonctionnelle
de la plaque en routine : le nouveau paradigme du coroscanner*

3/ L'avènement des Radiomics en coro-scanner

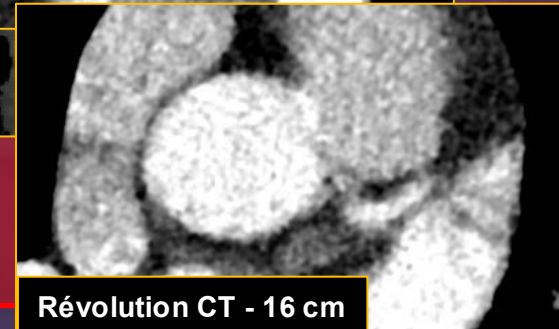
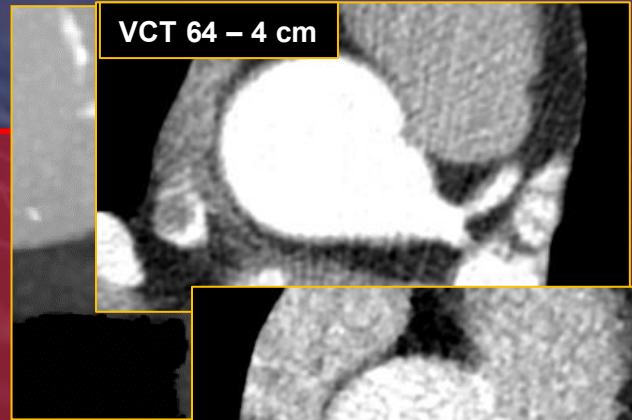


Forces et faiblesses du Coro-scanner en 2026

- **Excellente valeur prédictive négative** (VPN à 95-99%):
examen de référence pour exclure la maladie athéromateuse coronarienne +++
- **Imagerie anatomique tridimensionnelle complète**
- **Place centrale dans les guidelines** depuis 2019
- **Amélioration technologique continue**



- Artefact de **blooming** +++
(composante calcique de la plaque d'athérome, stents,
à l'origine de la **faible spécificité** en cas de test positif (65-80%))
- Contrôler l'**irradiation** et optimiser l'acquisition des **patients difficiles** (IMC, fréquence cardiaque élevée, arythmie)
- Disponibilité technologique contrastant avec une **accessibilité faible**
(Inadéquation entre une demande qui explose et une offre compétente limitée)



L'imagerie synchronisée CT en 2026

1/ Assurance d'une bonne qualité image

- One beat acquisition (16 cm) avec vitesse de rotation du tube la plus faible possible (0,23 à 0,28 ms)

2/ Réduction de l'irradiation avec amélioration du rapport signal sur bruit

- Apport du Deep Learning Reconstruction (*CANON AIDR/AICE, GE True fidelity*) : Dose de 0,6 - 2 mSv

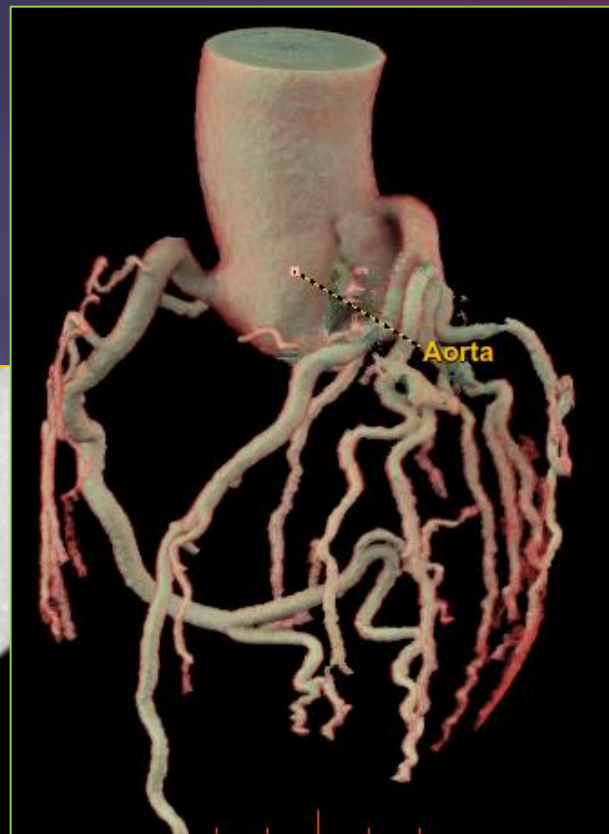
3/ Minoration du blooming

- Réduction de l'épaisseur de coupe (*CANON PIQE*) / Détecteurs semi conducteurs avec décomposition matérielle (*Photon Counting*)





CANON 16 cm
0,275 ms
PIQE 512
0,25 mm



Les 3 études pivots :

1/ SCOT-HEART trial

4 146 patients avec douleur thoracique stable / PEC standard versus standard + CCTA

- Réduction des IDM grâce au coroscanner à 5 ans (- 41%), bénéfice maintenu à 10 ans.
- reclassification diagnostique majeure : 27 % pour la présence de coronaropathie et 23% pour l'origine coronarienne des symptômes
- Importance de la détection des plaques non obstructives : meilleure prévention primaire / secondaire.

Amélioration du pronostic : « First scan then treat »

2/ PROMISE trial

10 003 patients à risque intermédiaire / CCTA vs tests fonctionnels

- Non infériorité du coroscanner en comparaison avec les tests fonctionnels,
- Meilleure stratification du risque et diminution des coronographies normales

Renforce l'approche anatomique initiale

3/ DISCHARGE trial

3 561 patients adressés pour coronarographie invasive / CCTA vs coronarographie

- Réduction des procédures invasives inutiles. Moins de complications liées aux procédures

Renforce la place de l'imagerie non invasive



Le CORO-SCANNER en 2026 :

de l'imagerie anatomique...
à la cardiologie prédictive

1/ Considérations techniques, scientifiques et recommandations

2/ Au delà de la sténose, quantification avancée et fonctionnelle de la plaque en routine : le nouveau paradigme du coroscanner

3/ L'avènement des Radiomics en coro-scanner



Un langage commun cardio-radiologique

Classification CAD-RADS

(Coronary Artery Disease – Reporting And Data System)

Crée en 2016 (SCT, ACR, ACC and NASCI)

Révisé en 2023 : CAD RADS 2.0

Classification qui s'applique à chaque patient pour la lésion coronaire la plus sévère

- S'applique en cas : de douleur thoracique angineuse stable
de syndrome coronarien aigu

- Associe au minimum :

- un grade **CAD RADS** (sévérité des sténoses des artères de plus de 1,5mm)
0 – 1 (<25%) – 2 (25-49%) – 3 (50-69%) - 4 (70-99%) – 5 (occlusion)
- un grade **P** (*plaque burden*) pour la charge athéromateuse globale
- +/- différents modificateurs

	Degré de plaque coronaire	CAC	SIS	Visuel
P1	Léger	1-100	≤ 2	1-2 vaisseaux avec une faible quantité de plaque.
P2	Modéré	101-300	3-4	1-2 vaisseaux avec une quantité modérée de plaque. 3 vaisseaux avec une faible quantité de plaque.
P3	Sévère	301-999	5-7	3 vaisseaux avec une quantité modérée de plaque. 1 vaisseau avec une quantité importante de plaque.
P4	Étendu	> 1 000	≥ 8	2-3 vaisseaux avec une quantité importante de plaque.

CAD RADS 2.0

P

N

G

S

HRP

I

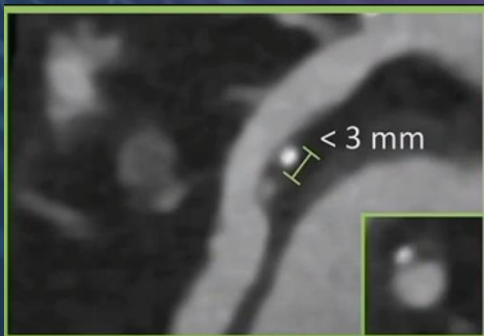
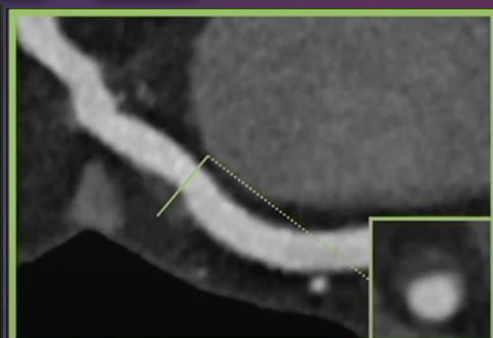
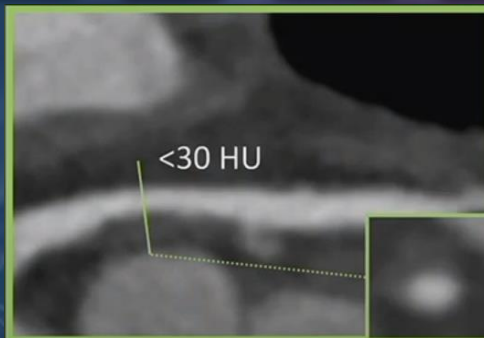
E



HRP High Risk Plaque / plaque vulnérable

2 caractéristiques parmi les 4 (*SCOT-HEART study*)

- Plaque d'atténuation faible (lipide) +++
- Remodeling positif > 1,1
- Calcification punctiforme (< 3 mm)
- Napkin-ring sign (image en rond de serviette)



Low-Attenuation Noncalcified Plaque on Coronary Computed Tomography Angiography Predicts Myocardial Infarction: Results From the Multicenter SCOT-HEART Trial (Scottish Computed Tomography of the HEART)

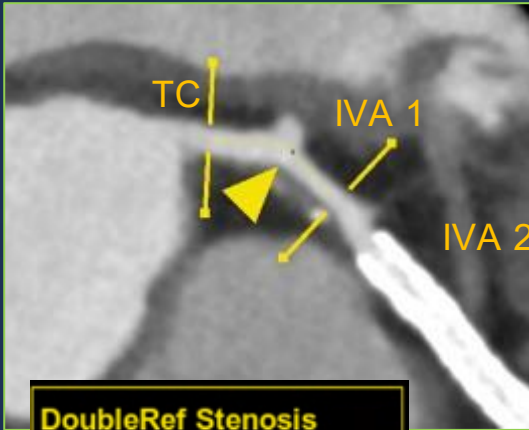
Michelle C. Williams, MBChB, PhD, Jacek Kwicinski, MD, Mhairi Doris, MBChB, Priscilla McElhinney, BSc, Michelle S. D'Souza, MBChB, Sebastian Cadet, MS, Philip D. Adamson, MD, PhD, and Damini Dey, PhD

Conclusions:

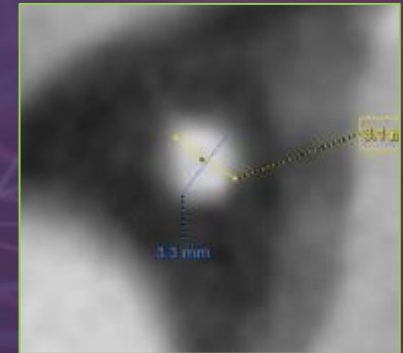
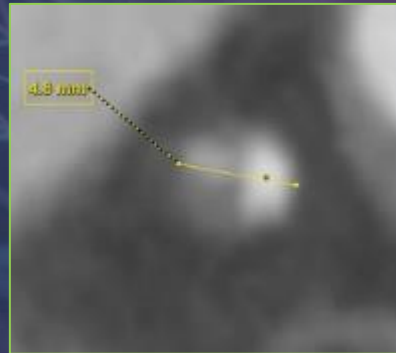
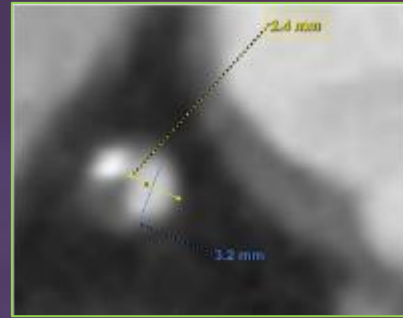
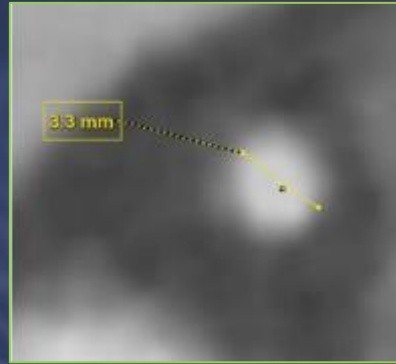
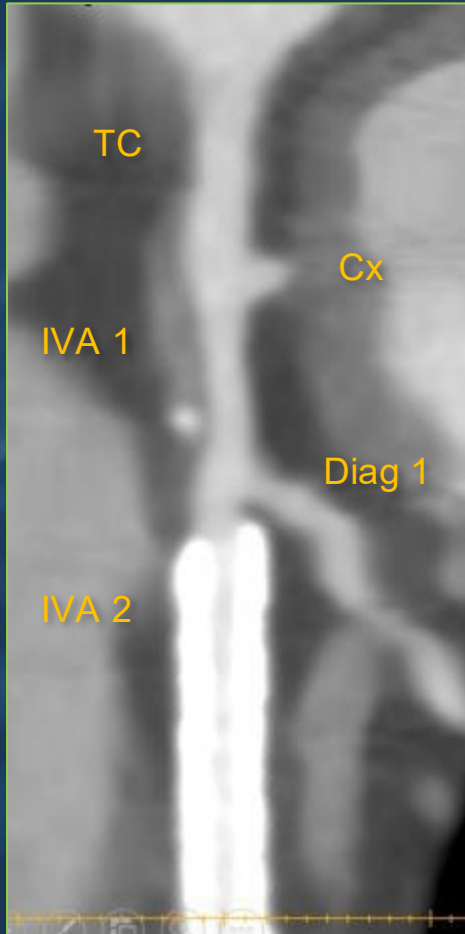
In patients presenting with stable chest pain, low-attenuation plaque burden is the strongest predictor of fatal or nonfatal myocardial infarction. These findings challenge the current perception of the supremacy of current classical risk predictors for myocardial infarction, including stenosis severity.

Circulation





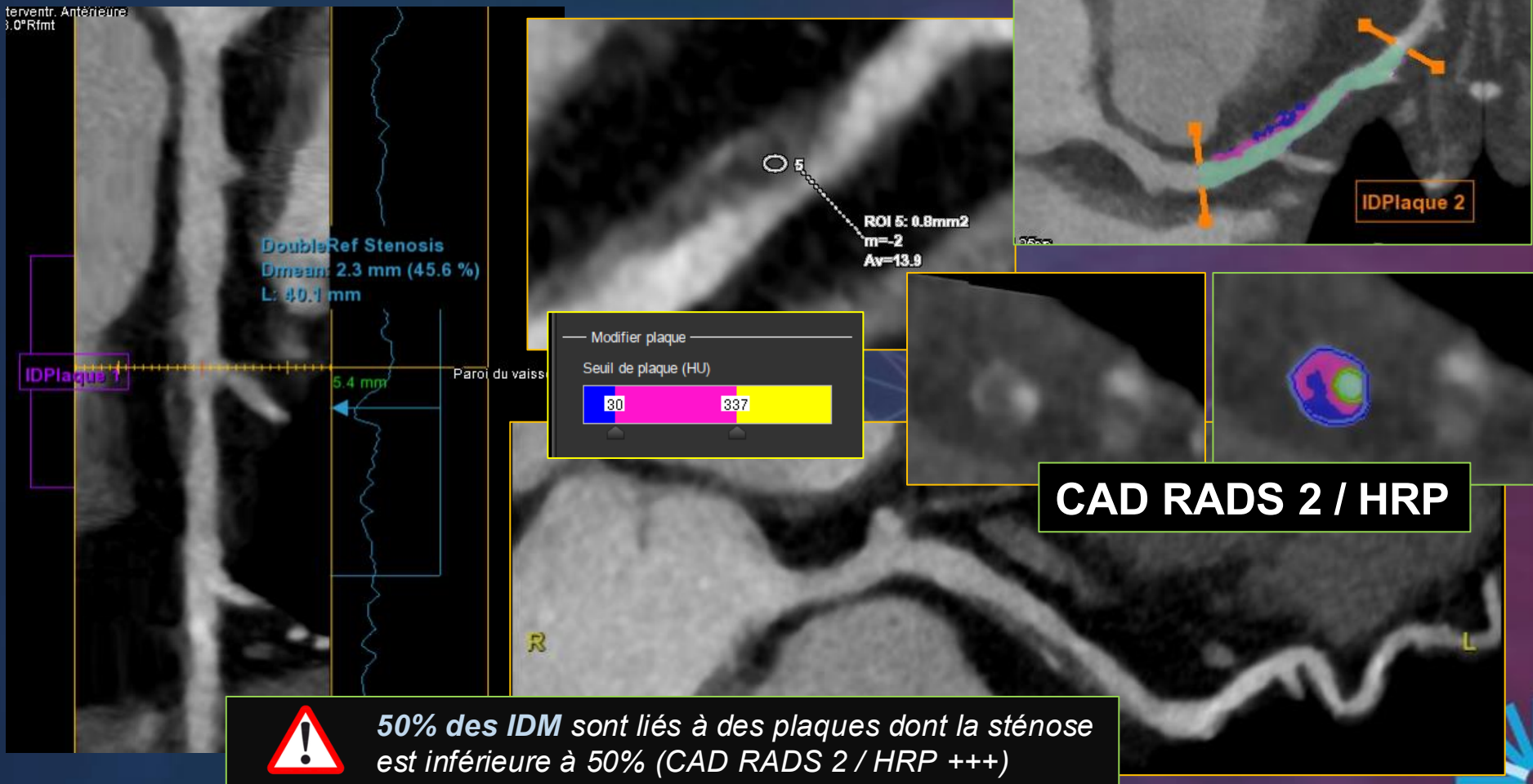
DoubleRef Stenosis
Dmean: 4.0 mm (-23.4 %)
L: 14.4 mm



CAD RADS 1 / P1 / S / HRP



Outil de post-traitement : analyse de Plaque



50% des IDM sont liés à des plaques dont la sténose est inférieure à 50% (CAD RADS 2 / HRP +++)

Ischémie

- |+
- |-
- |+/-

FFR-CT

Simplicité, méthodologie complexe, examen de bonne qualité nécessaire

Coût 500 - 1000 euros / workflow

→ **FFR-IA +++** rapidité et faible cout méthode opaque

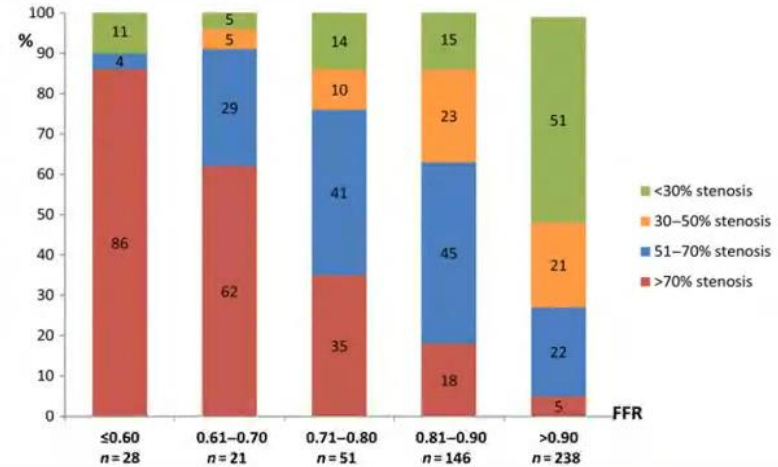


Figure 2 Distribution of coronary stenosis severity in relation to fractional flow reserve. $N = 484$ vessels. Values shown are percentages within the fractional flow reserve groups, $P < 0.001$ for $< 30\%$ stenosis, $51-70\%$ stenosis, and $>70\%$ stenosis and $P = 0.006$ for the $30-50\%$ stenosis category.

- CAD- RADS 3
- CAD-RADS 4A
- CAD-RADS 2 could be considered if proximal lesion and stenosis $>40\%$, including in the presence of high-risk plaque features



CorEx

Comprehensive Coronary CT Angiography analysis

2.2.0

Réseau neuronal
10 000 CT (CAD RADS / FFR)

Images natives

[27 images curvilignes (CD, IVA et Cx) avec fenêtre adaptée]

Résultats en 5 minutes
Méthodologie opaque



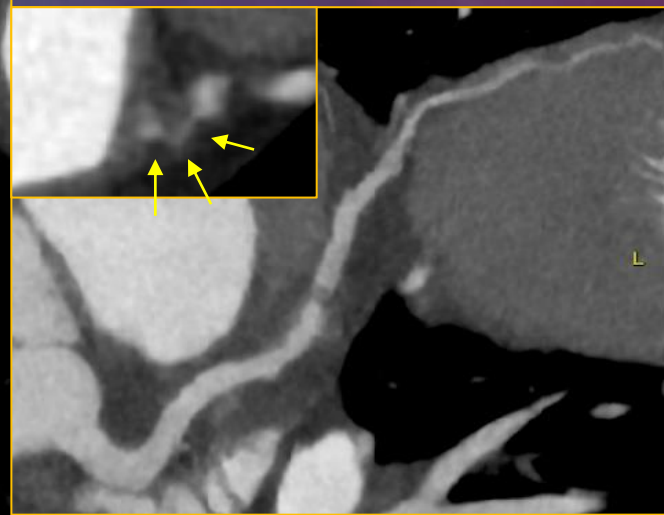
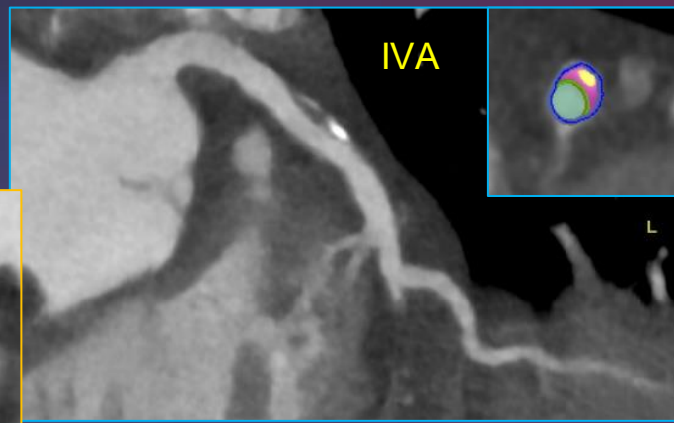
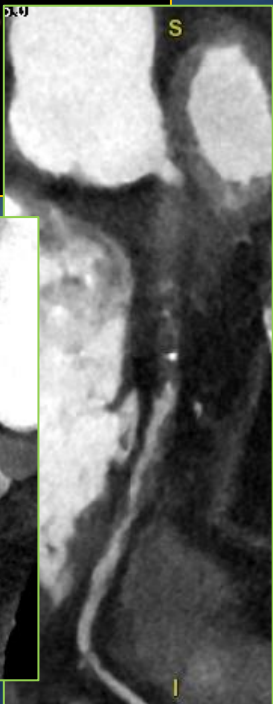
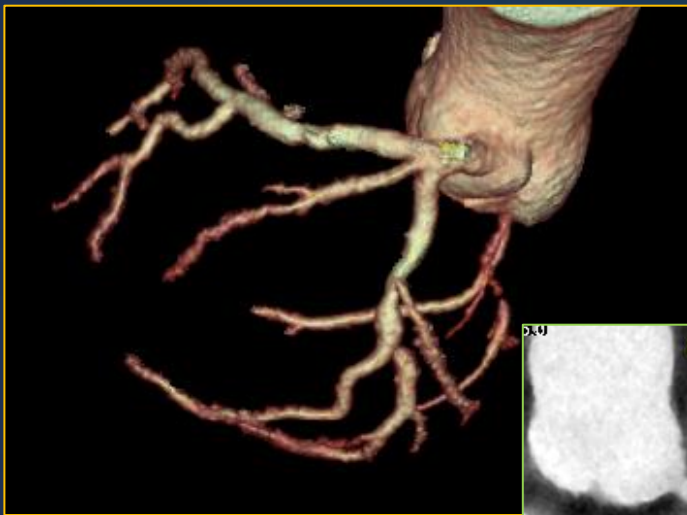
CAD RADS

The solution automatically classifies stenosis according to the international CAD-RADS classification. With CorEx, you can see in seconds which artery is damaged and the severity of the obstruction.

FFR-AI

An attenuation of more than 80% of the blood flow through the stenosis is the common threshold to consider the stenosis as significant and dangerous. Beyond this point, surgery is recommended. The most common procedures are the stent and the bypass. For each coronary, the solution predicts if this important threshold is reached or not.

CAD RADS 5



Patient n°21

CAD-RADS 5

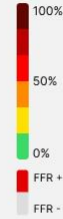
Statut *Attente de validation*

Valider

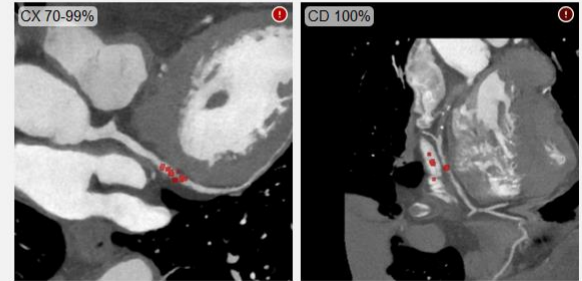
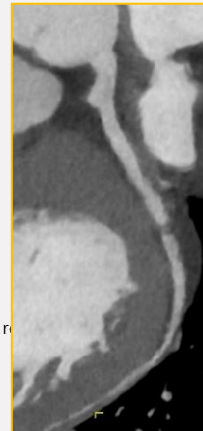
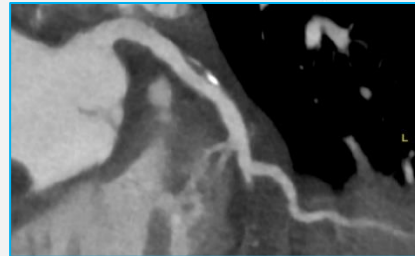


Résultats d'IA	CD	IVA	CX
Sténose	100%	1-24%	70-99%
Confiance	Élevée	Élevée	Élevée
Prédiction FFR	≤ 0.8	> 0.8	≤ 0.8
Calcification	Minimale	Minimale	Nulle

Sévérité des sténoses



3D



CAD RADS 5 / I+

Patient n°43

CAD-RADS 4

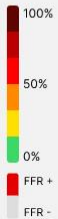
Statut [Attente de validation](#)

Valider



Résultats d'IA	CD	IVA	CX
Sténose	1-24%	70%	25-49%
Confiance ⓘ	Élevée	Faible	Moyenne
Prédiction FFR	> 0.8	≤ 0.8	> 0.8
Calcification	Minimale	Modérée	Nulle

Sévérité des sténoses



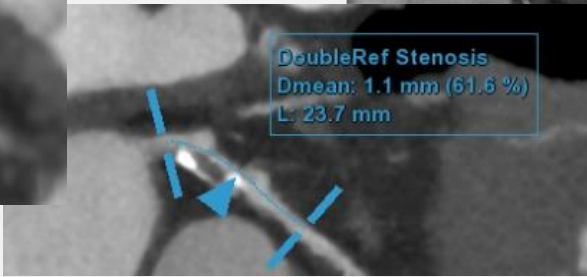
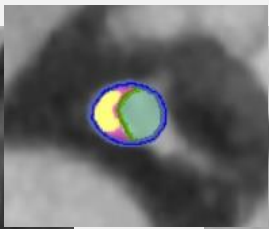
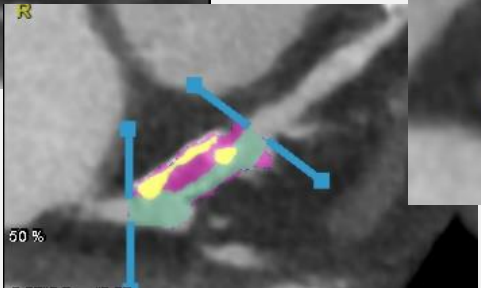
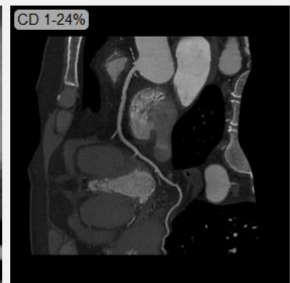
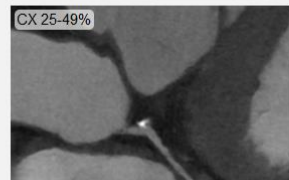
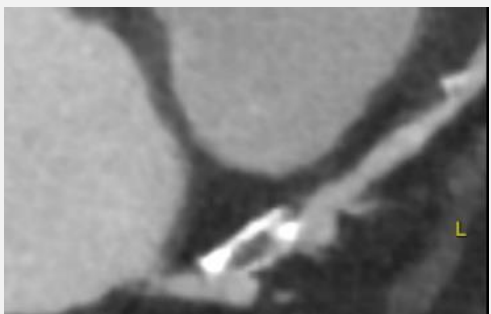
∅ (3D)



CAD RADS 3 / I+



Calculer les points d'intérêts





Ischémie

- |+
- |-
- |+/-

FFR-CT

Simplicité, méthodologie complexe, examen de bonne qualité nécessaire

Coût 500 - 1000 euros / workflow,

→ **FFR-IA +++** rapidité et faible cout, méthode opaque

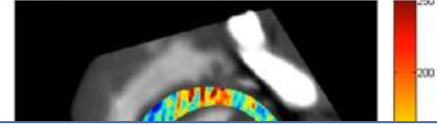
Scanner de perfusion myocardique (Stress CT-P)

Analyse du muscle myocardique calcifications / Stent → rôle déterminant du CAC

Acq. Stat / Dyn avec stress pharmacologique

Irradiation ++, post TTT / **données** (volume, MBF, SFR, TTP, MTT),

organisation / switch



VALIDATION

- Prediction of MACE, and event-free survival similar to that enabled by ICA and single photon emission CT - *RADIOLOGY 2018*
- Perfusion CT is similar to perfusion MR imaging in the detection of CAD - *RADIOLOGY 2019*
- Dynamic CTP alone has the highest prognostic value for MACE compared to CCTA and CT-FFR individually - *JCCT 2019*

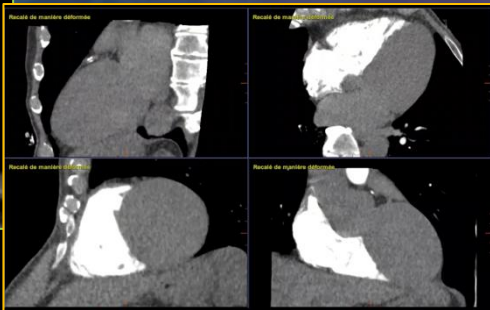
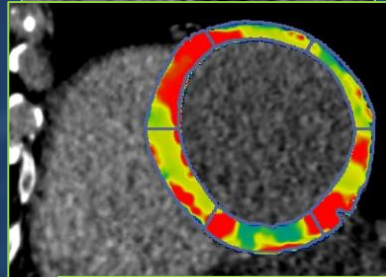
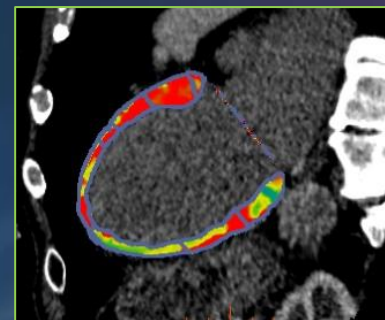
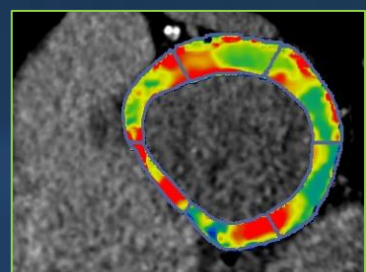


0.5

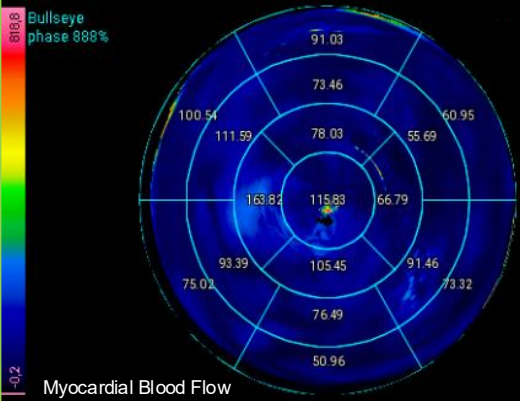
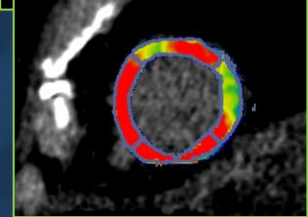
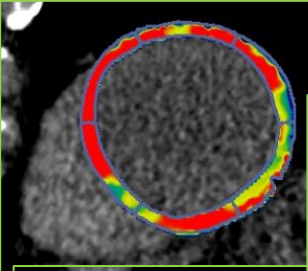
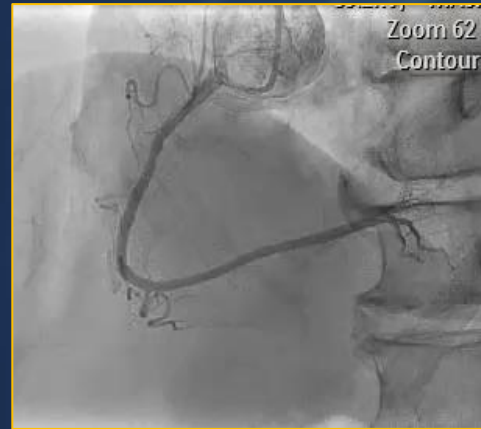
48.5701

0.3

42.5720

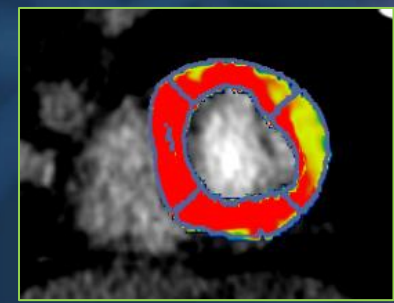
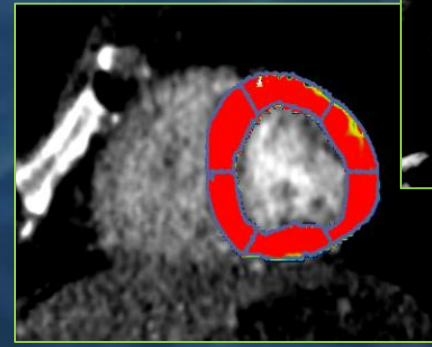
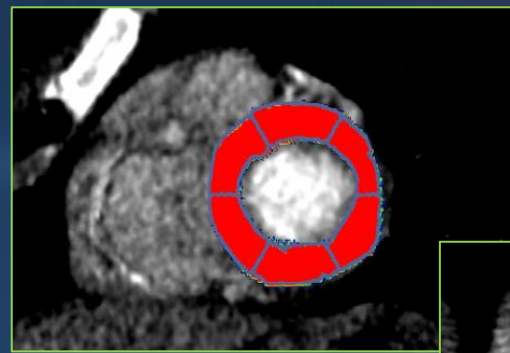
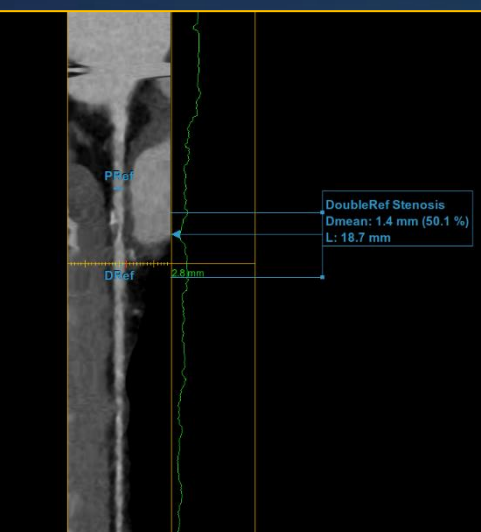


Sténoses angiographiques de la CD2 et de l'IVA

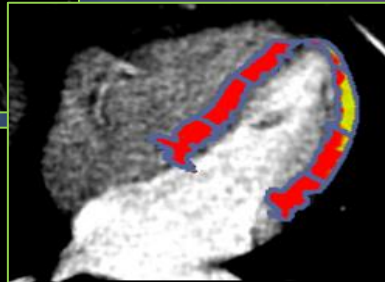


Contrôle après angioplastie

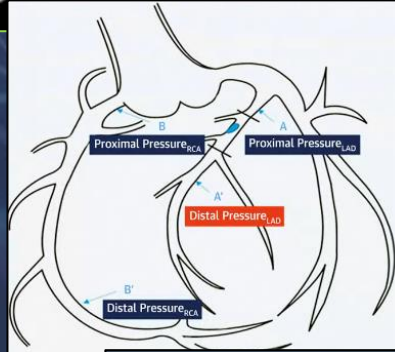




Post-TTT
 GE AWSer - 17 segments AHA
 - **MBV, MBF** (Myocardial Blood Volume/flow),
 - **SFR** (Stress flow ratio repos/stress)
 - **SFR-CT** (Stress Flow Ratio Inter-Coronarien)
 Lésion coupable / systématisation / corrélation



- **MBF global > 120 ml/min/100g**
 - **SFR-CT (Stress Flow Ratio – CT) diminué à 0,4 (Seg 16 - AHA)**



$$FFR_{LAD_{stress}} = \frac{Distal\ Pressure_{LAD}}{Proximal\ Pressure_{LAD}} = A' / A$$

$$SFR_{LAD_{stress}} = \frac{myocardial\ flow\ reserve\ in\ abnormal\ LAD}{myocardial\ flow\ reserve\ in\ normal\ RCA} = \frac{stress\ MBF\ LAD}{stress\ MBF\ RCA} = \frac{Distal\ Pressure_{LAD}}{distal\ Pressure_{RCA}} = A' / B'$$

In normal RCA: B = B'
 In coronary artery ostium: A = B
 SFR is comparable to FFR

Stress Myocardial Blood Flow Ratio by Dynamic CT Perfusion Identifies Hemodynamically Significant CAD
 Yang J et al. JACC Cardiovascular Imaging 2019



Classification CAD-RADS (Coronary Artery Disease – Reporting And Data System)

- Outil **diagnostic** : système de notation des lésions coronaires, prenant en compte la présence, l'étendue et la gravité de la maladie coronarienne, ainsi que les caractéristiques de la plaque athéromateuse
- Outil de **normalisation** des Compte-rendus : terminologie standardisée pour décrire les résultats du coro-scanner. Diminue la variabilité inter observateur
- Outil de **communication** Radiologues – Cardiologues
- **Guide de prise en charge** : détaille la conduite à tenir diagnostique et thérapeutique ultérieure avec des recommandations pour chaque grade
- **Outil pronostique** : Radiology (*retrospective / 1492 pts / douleur thoracique aigue*)
 → meilleure gradation du risque / rapport score clinique +/- CS
 → CAD RADS 3,4 et 5 ainsi que HRP associés à la survenue d'évènement cardiovasculaire
- **Outil de recherche clinique** de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique,

CAD RADS 3	<ul style="list-style-type: none"> • Consider functional testing • Aggressive risk factor modification and preventive pharmacotherapy.
CAD RADS 3 / I+	<ul style="list-style-type: none"> • Consider ICA, especially if frequent symptoms persist after guideline-directed medical therapy
CAD RADS 4	<ul style="list-style-type: none"> • Consider ICA* or functional** testing • Aggressive risk factor modification and preventive pharmacotherapy.
CAD RADS 5	<ul style="list-style-type: none"> • Consider ICA*, functional**, and/or viability assessment • Aggressive risk factor modification and preventive pharmacotherapy.

ACUTE CHEST PAIN RECOMMENDATIONS (TABLE 11)	
CAD RADS 0	<ul style="list-style-type: none"> • Reassurance. No further evaluation of ACS is required. • If Tn (+) consider other sources of increased troponin
CAD RADS 1 P1 or P2	<ul style="list-style-type: none"> • No further evaluation of ACS is required. • If Tn (+) consider other sources of increased troponin • Referral for outpatient follow-up for risk factor modification and preventive pharmacotherapy.
CAD RADS 1 P3 or P4	<ul style="list-style-type: none"> • No further evaluation of ACS is required. • If Tn (+) consider other sources of increased troponin • Referral for outpatient follow-up for aggressive risk factor modification and preventive pharmacotherapy.
CAD RADS 2 P1 or P2	<ul style="list-style-type: none"> • If clinical suspicion of ACS is high, Tn (+) or high risk plaque (HRP) features, consider hospital admission with cardiology consultation. • If Tn (+) consider other sources of increased troponin • Referral for outpatient follow-up for risk factor modification and preventive pharmacotherapy,
CAD RADS 2 P3 or P4	<ul style="list-style-type: none"> • If clinical suspicion of ACS is high, Tn (+) or high risk plaque (HRP) features, consider hospital admission with cardiology consultation. • If Tn (+) consider other sources of increased troponin. • Referral for outpatient follow-up for aggressive risk factor modification and preventive pharmacotherapy.

Le CORO-SCANNER en 2026 :

de l'imagerie anatomique...
à la cardiologie prédictive

1/ Considérations techniques, scientifiques et recommandations

2/ Au delà de la sténose, quantification avancée et fonctionnelle de la plaque en routine : le nouveau paradigme du coroscanner

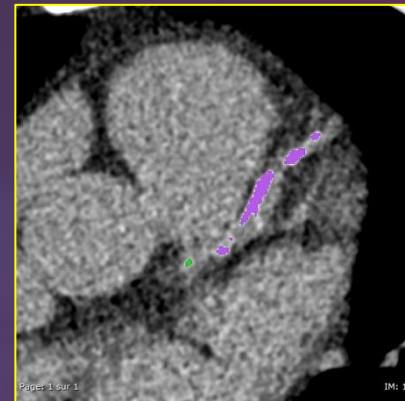
3/ L'avènement des Radiomics en coro-scanner



Le score calcique coronaire en 2026

Le CAC est un marqueur robuste, reproductible et indépendant, de la charge athéromateuse coronaire et du risque CV.

- Le « **power of zero** » (**CAC = 0**) identifie des patients à très faible risque à court terme
→ possible désescalade thérapeutique (statines) chez des sujets sélectionnés (+/-) « *warranty period* ».
- Les **CAC très élevés ($\geq 1\ 000$)** définissent un phénotype à très haut risque, avec un taux d'évènements proche des patients en prévention secondaire.



Applications pratiques :

- Indication : **patient asymptomatique à risque CV** borderline / intermédiaire (risque clinique 5-20% - PREVENT)

- Examen de dépistage – 1ere consultation - Stratification immédiate du risque
Aucun intérêt chez le sujet jeune (sous estimation du risque) ou âgé (sénilité artérielle)

CAUGHT trial → réduction du risque CV du groupe CAC guidé

→ **CAC > 0** (surtout ≥ 100 : risque à 10 ans $\geq 7,5\%$) → Initiation / intensification des statines, contrôle FdR

→ **CAC $\geq 1\ 000$** → stratégie thérapeutique agressive (Statine/Aspirine, ezitimibe, inhibiteurs PCSK9, suivi médical...)

Facilitateur de l'adhésion thérapeutique / engagement du patient

+++ Gate keeper du coro-scanner +++ (CAC à 800 - 1000 ou atteinte mono coronarienne à 400)

Limites : Les plaques non calcifiées ne sont pas détectées

Un score nul n'exclut pas une coronaropathie obstructive chez les patients **symptomatiques**



Radiomics en coroscanner

Evaluation de la charge athéromateuse globale non obstructive :

➔ Importance du modificateur **P (plaque Burden ++++)**

- Schéma résumé semi qualitatif +++ CAD RADS / segments
- Quantitative : analyse automatisée par IA des 3 axes coronariens (CIRCLE CVI MR42) avec quantification des composantes athéromateuses calciques, non calcifiées, de basse atténuation et des sténoses. Reporting intégré +++

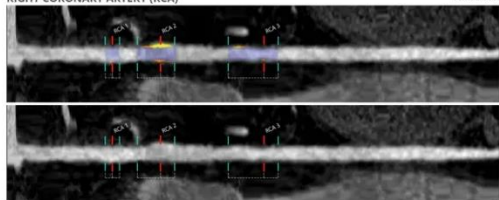
CORONARY STENOSIS MEASUREMENTS

Coronary Territory	RCA	LM + LAD	LCX	Total
Minimal (1-24%)	2	0	0	2
Mild (25-49%)	1	2	0	3
Moderate (50-69%)	0	1	0	1
Severe (70-99%)	0	0	0	0
Occluded	0	0	0	0

Coronary Territory	RCA	LM + LAD	LCX	Total
Calcified Plaque	32.74	167.17	0.00	199.91
Non-Calcified Plaque	86.90	120.45	0.00	207.34
Low-Attenuation Plaque	0.00	1.13	0.00	1.13
Total Plaque Volume	119.64	287.61	0.00	407.25
Total Plaque Burden	6.9%	20.6%	0.0%	

■ LAP: -30 to 30 HU ■ NCP: -30 to 350 HU ■ CP: above 350 HU

RIGHT CORONARY ARTERY (RCA) PHASE: 75%



Total Plaque	119.64 mm ³	32.74 mm ³	86.90 mm ³	0.00 mm ³
	6.9 %	1.9 %	5.0 %	0.0 %

Diameter Stenosis (Most Significant)
25 %
RCA 2

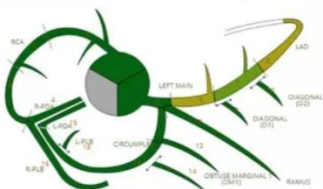
Remodeling Index (Highest)
1.3
RCA 2

(CONTINUED)

Extra-cardiac findings: There are no significant extra-cardiac findings in the available limited views of the lungs, mediastinum and upper abdomen

CORONARY STATUS

STENOSIS GRADING



STENOSIS PLAQUE

■ Calcified ■ Noncalcified ■ Mixed ■ None

CALCIUM SCORING

ARTERY	VOLUME	MASS	AGATSTON SCORE
LM	63.7 mm ³	28.7 mg	73.5
LAD	56.1 mm ³	12.9 mg	51.8
LCX	0.0 mm ³	0.0 mg	0.0
RCA	0.0 mm ³	0.0 mg	0.0
OTHER	0.0 mm ³	0.0 mg	0.0
TOTAL	119.8 mm ³	41.6 mg	125.3

Ca Threshold (HU) 130 Slice Thickness (mm) 2.5

Ca Mass Calibration Factor 1.0 Slice Distance (mm) 2.5

nature reviews cardiology

<https://doi.org/10.1038/s41569-025-01191-6>

Consensus statement

Check for updates

Coronary CT angiography evaluation with artificial intelligence for individualized medical treatment of atherosclerosis: a Consensus Statement from the QCI Study Group

Kenrick Schulze^{1,2*}, Anne-Marieke Stantien^{1,2*}, Michelle C. Williams^{3,2*}, Vassilios S. Vassiliou³, Andreas A. Giannopoulos⁴, Koen Nieman⁵, Pál Maurovich-Horvat⁶, Jason M. Tarkin⁷, Rozemarijn Vliegthart⁸, Jonathan Weir-McCall⁹, Mahmoud Mohamed¹⁰, Bernhard Föllmer¹¹, Federico Biavati¹², Ann-Christine Stahl¹³, Jakob Knape¹⁴, Hanna Balogh¹⁵, Nicola Galea¹⁶, Ivana Išgum^{11,12,13}, Armin Arbab-Zadeh¹⁴, Hatem Alkadhhi¹⁵, Robert Manka^{15,16}, David A. Wood^{17,18}, Edward D. Nicol^{19,20}, Nick S. Nurmohamed²¹, Fabrice M. A. C. Martens²¹, Damini Dey^{22,23,29}, David E. Newby^{2,28} & Marc Dewey^{1,24,25,26,27,29} ✉

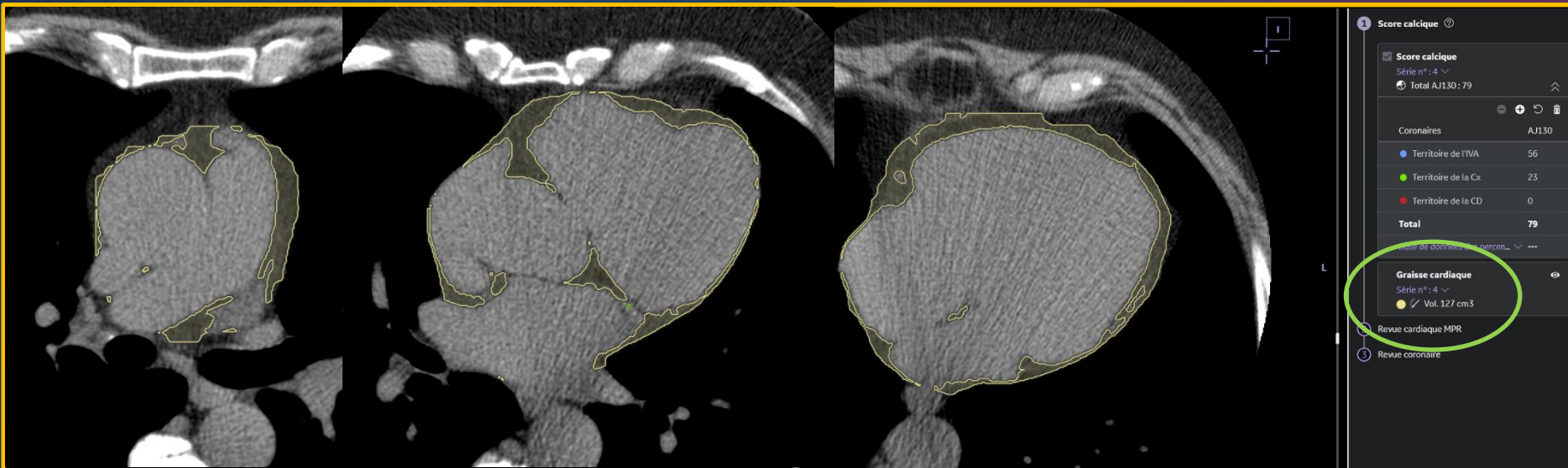
Evolutivité lésionnelle témoin de l'observance du traitement anti-lipémiant, du régime et d'une activité physique:

- majoration en volume de la composante calcique (cicatricielle)
- diminution en volume de la composante non calcifiée

même en cas de Calcium Score nul +++

Evaluation de l'EAT (epicardial adipose tissue / graisse épicardique)

Quantification automatisée en routine (GE AW server)



Graisse biologiquement active produisant des facteurs de l'inflammation (IL-6, TNF-alpha, adipokines, cytokines inflammatoires) au contact des coronaires

EAT élevée : association forte avec le syndrome métabolique +++ / Risque d'évènements CV et IDM (chez le diabétique) / inflammation coronaire / plaques vulnérables / Fibrillation atriale

Homme > femme, augmente avec l'âge, obésité

Diminue en cas de perte de poids, d'activité physique, de régime méditerranéen, de contrôle du diabète, de TTT agoniste GLP-1 et statines

→ Biomarqueur émergent du risque cardiovasculaire, rythmologique, métabolique et inflammatoire coronarien

Résultats en ml (densités de -190UH à -30UH)
pas de seuil universel

- jeune < 80-90 ml / âgé < 120-140 ml (65 ml/m²)
- Syndrome métabolique > 150 ml ou 85 ml/m² (Risque ↑)
- Risque accru > 180-200 ml (120 ml/m²)

Evaluation du PCAT (Peri-Coronary Adipose Tissue / graisse péricoronaire)

Quantification automatisée (Circle CVI MR42) du FAI (Fat Attenuation Index)

Attenuation values > -70 HU are typically considered of very high risk

- 7 studies, n= 5992
- Higher PCAT attenuation is associated with increased MACE risk

Sagoo NS, et al. Eur J Radiol. 2026 ;195:112607

ORIGINAL RESEARCH

Pericoronary Fat Attenuation Index Is Associated With Vulnerable Plaque Components and Local Immune-Inflammatory Activation in Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome

Jia Teng Sun, MD, PhD¹; Xin Cheng Sheng, MD²; Qi Feng, MD, PhD³; Yan Yin, MD, PhD⁴; Zheng Li, MD⁵; Song Ding , MD, PhD⁶; Jun Pu, MD, PhD⁷

PCAT were associated with **vulnerable plaque components** and higher intracellular cytokine levels in non-ST elevation acute coronary syndrome

Sous ensemble local de l'EAT avec analyse qualitative de la graisse (2017)

FAI : Biomarqueur indirect d'inflammation vasculaire

- Modification de l'atténuation graisseuse péricoronaire lié à l'activité inflammatoire locale
- Détection précoce d'une **maladie coronarienne active** avant les évènements cliniques

Valeur seuil : > -70 UH à 120 kV

- Augmentation de la FAI associé avec la présence de plaques vulnérables, **la survenue de syndrome coronarien aigu et d'évènements cardiovasculaires majeurs**
- **indépendamment** du score calcique et de la sévérité des sténoses

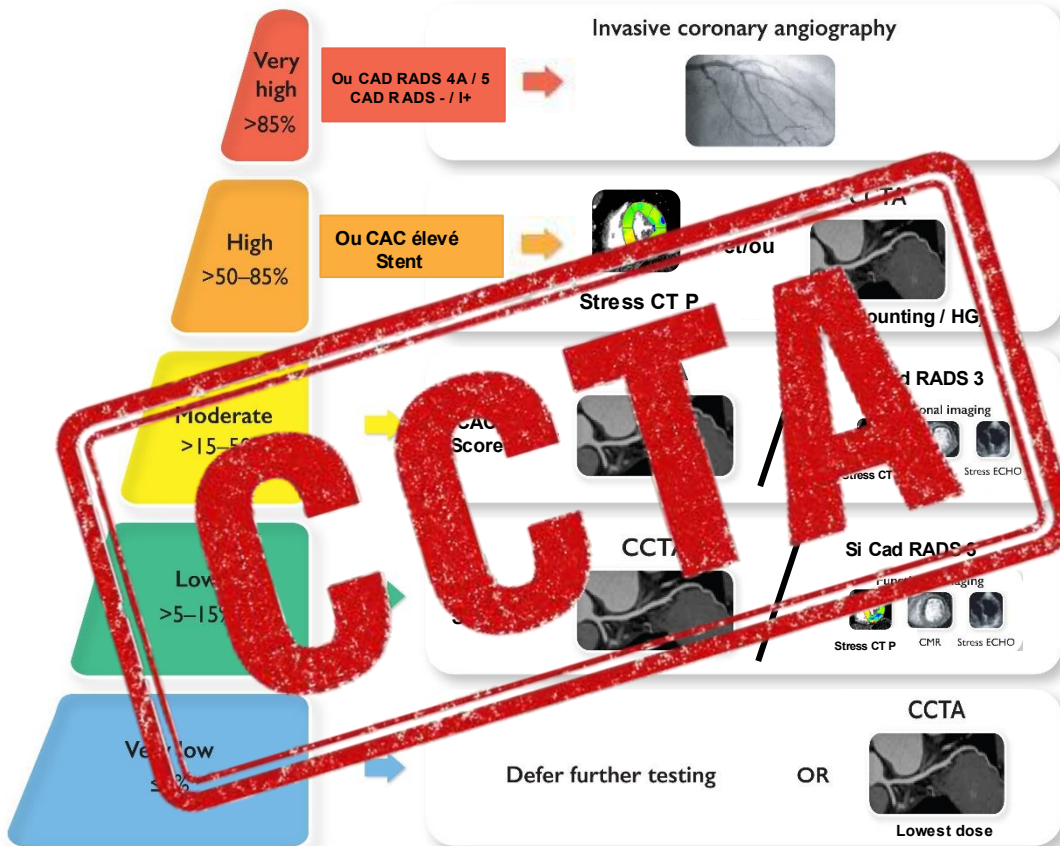
→ **Identification de patients à haut risque à court/moyen terme +++**

Downloaded from <http://ahajournals.org/> by on April 18, 2025



Clinical likelihood of obstructive CAD^a

Appropriate first-line test for suspected CCS



TAKE HOME MESSAGE

En 2026, le coroscanner est devenu :

- ✓ La pierre angulaire de l'exploration de l'athérome coronarien (1^{ère} cause de mortalité mondiale)
- ✓ Un outil anatomique, fonctionnel et pronostique par l'analyse de plaque
- ✓ Un moteur de prévention cardiovasculaire personnalisée
 - Score de Risque pondérant les différents éléments : CAC, CADRADS, charge athéromateuse non obstructive, EAT et PCAT

