

Occlusion totale aigue du TCG

Une lésion qu'on ne voit pas tous les jours

Dr Brahim ARAB
CHU FRANTZ FANON, BLIDA
ALGERIE

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Speaker's name : Brahim, ARAB, Blida

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Quelques chiffres

- Rare **0,04-1,5%** [1], [2]
- Grave, **50%** de mortalité [3]
- De mauvais pronostic [4]

[1] Neri R et al, Catheter Cardiovasc Interv 2002;56:31.

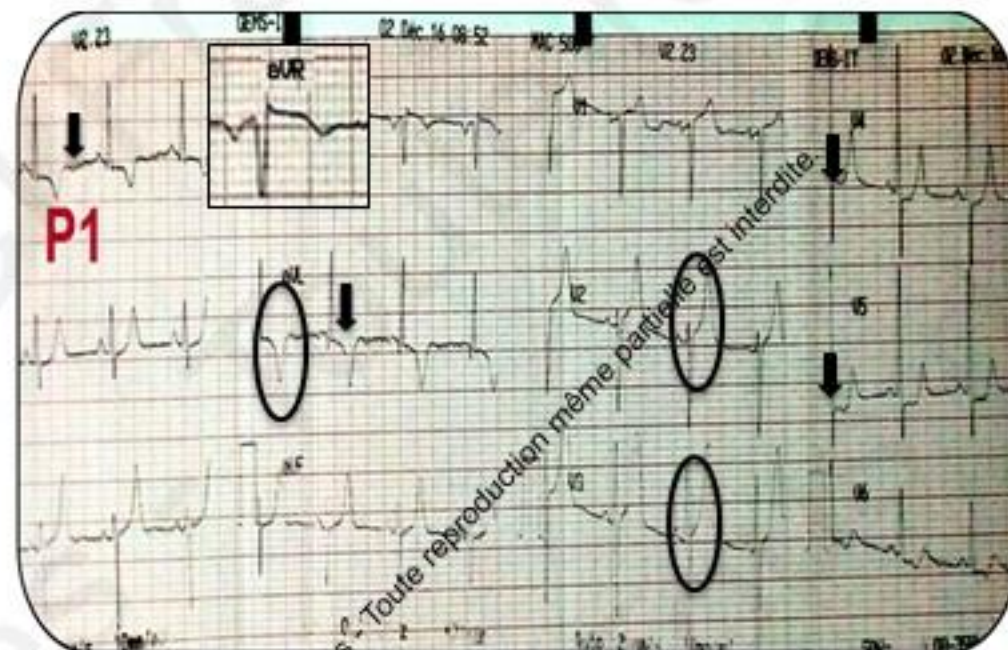
[2] Linn A et al, Tex Heart Inst J, 20:55,8; discussion 58-9, 1993.

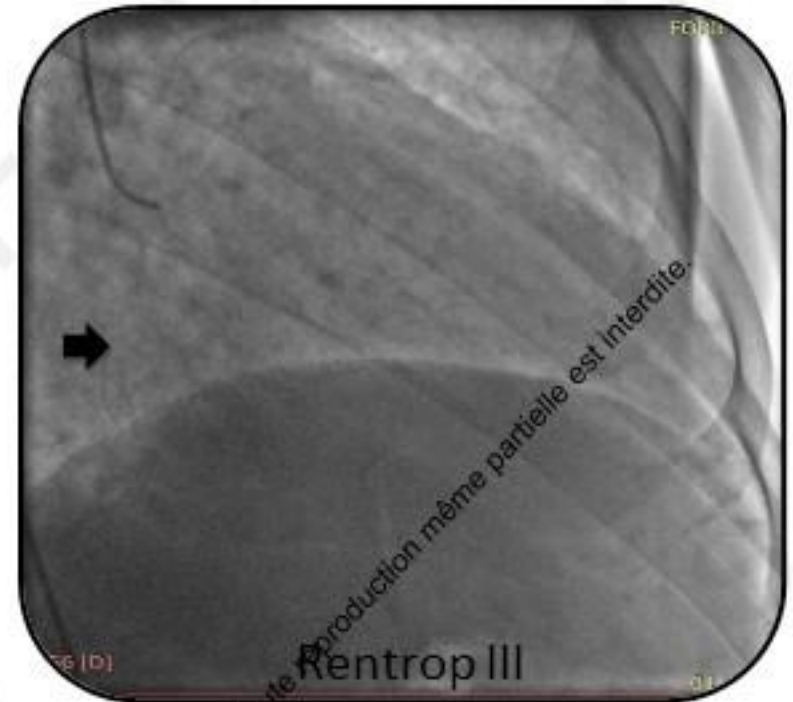
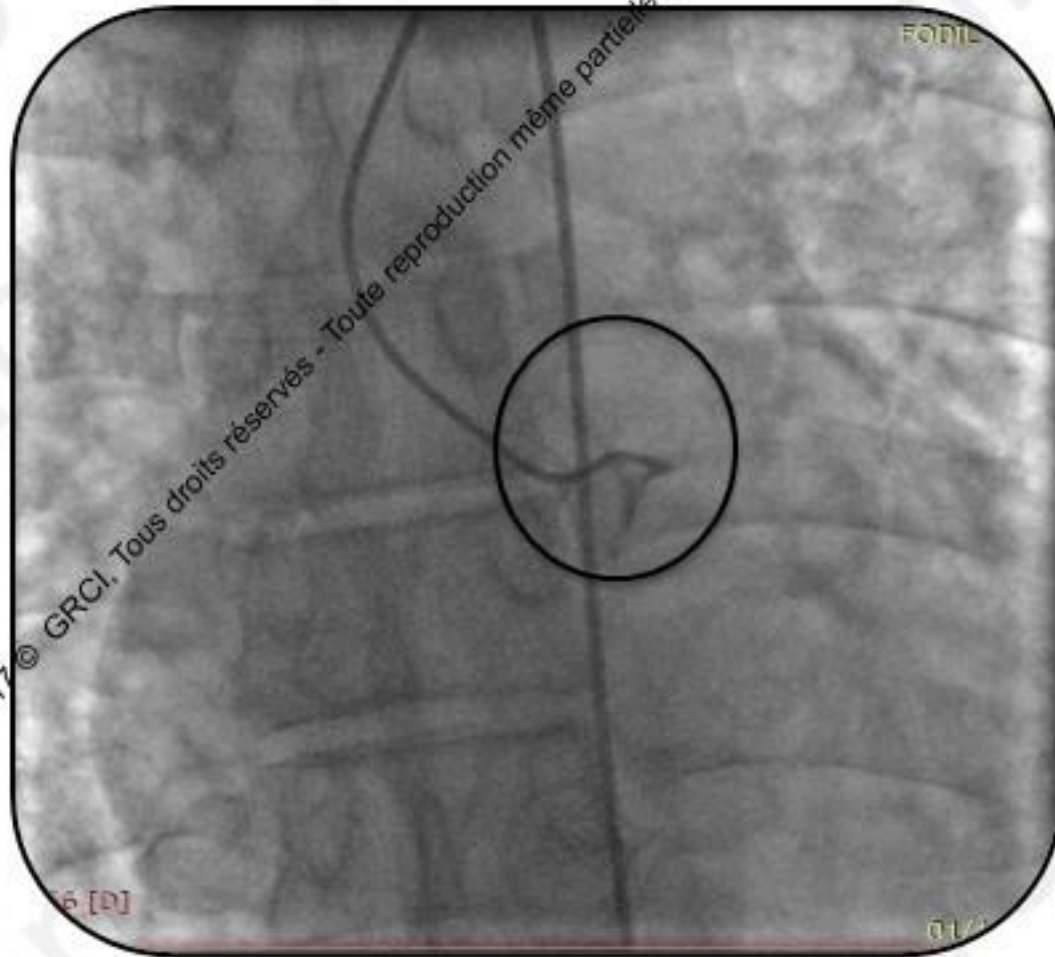
[3] Izumikawa T et al, Catheter Cardiovasc Interv 2012;79:1111.

[4] Wong SC et al, J Am Coll Cardiol 2000;36:1077.

Cas n°1 : NSTEMI à haut risque

- Patient âgé de **48 ans**
- FDR CV: tabac
- Douleurs angineuses typiques
- EX CV : sans anomalies
- TA : 120/70 mmHg
- FC : 70 bat/min
- Biologie : **Tus 400 x nle**
- ETT : FEVG à **53 %**
- GRACE : 131

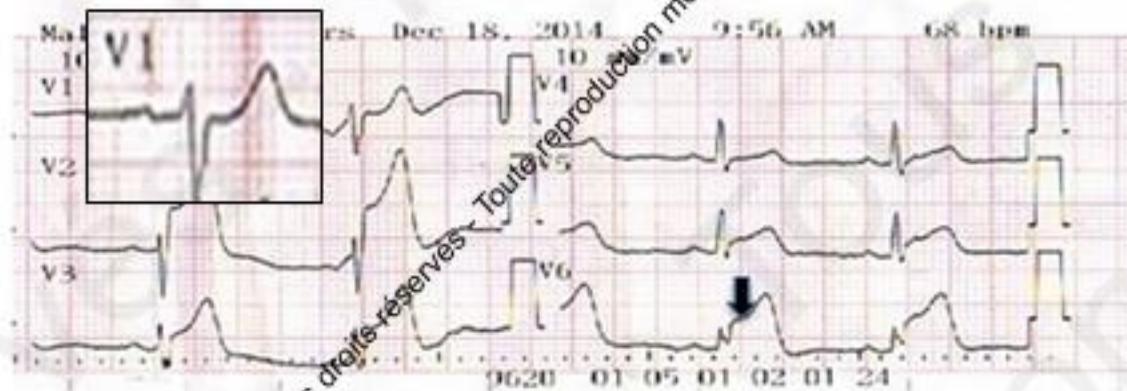
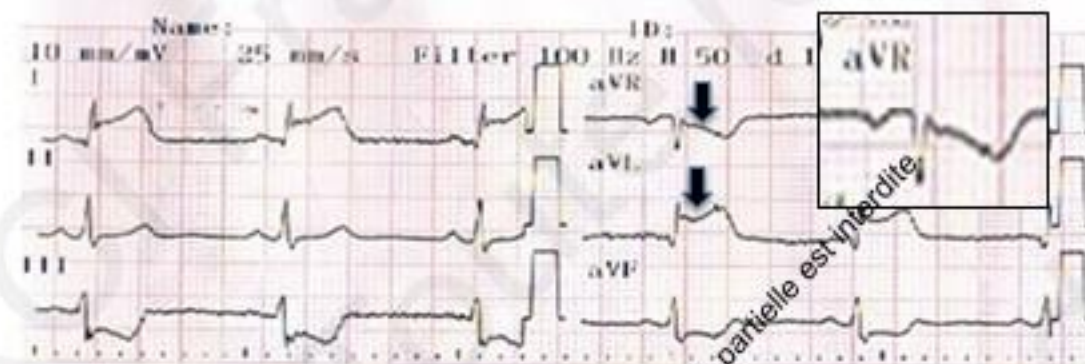




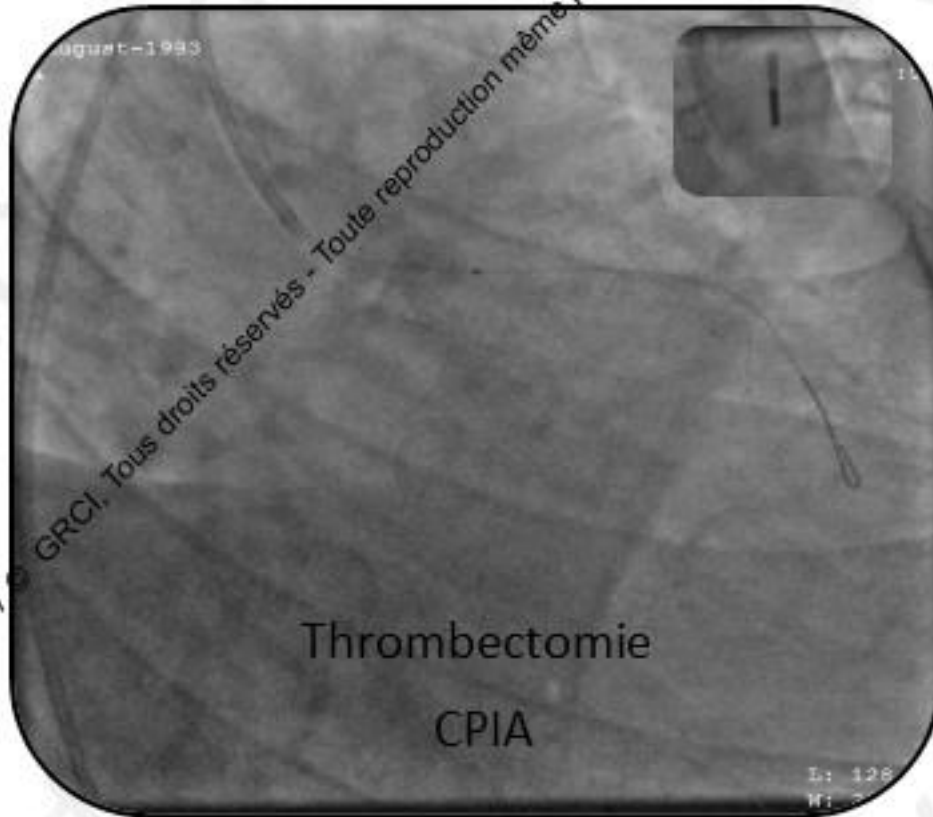
EuroSCORE II : 0,6%
SYNTAX Score :29

Cas n°2 : STEMI (ATL primaire H2)

- Patient âgé de 29 ans
- FDR CV : Tabac
- EX CV : **collapsus**
- TA : 80/45 mmHg
- ETT : FEVG à 45 %

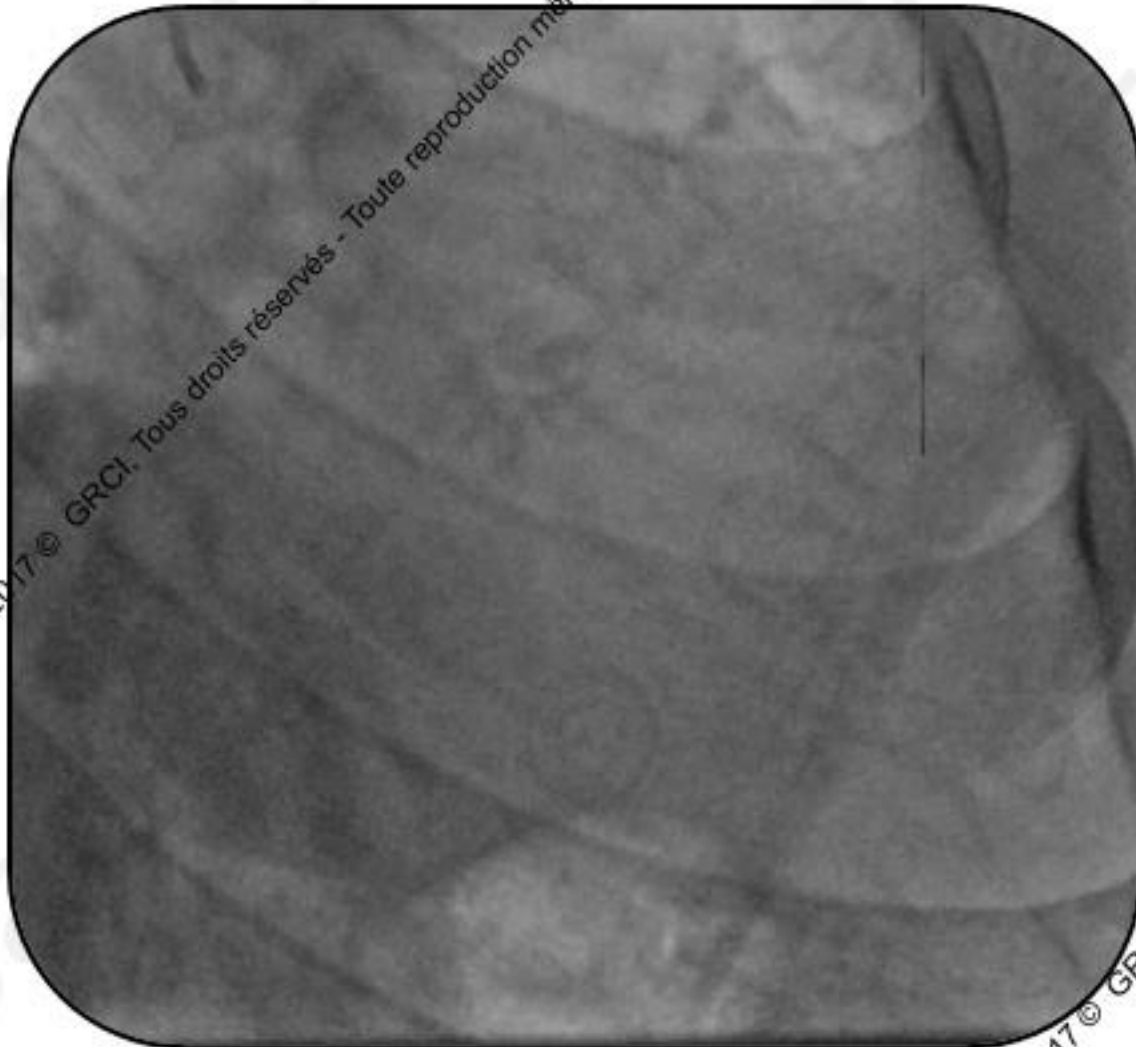






Anti GIIbIIIa
18H

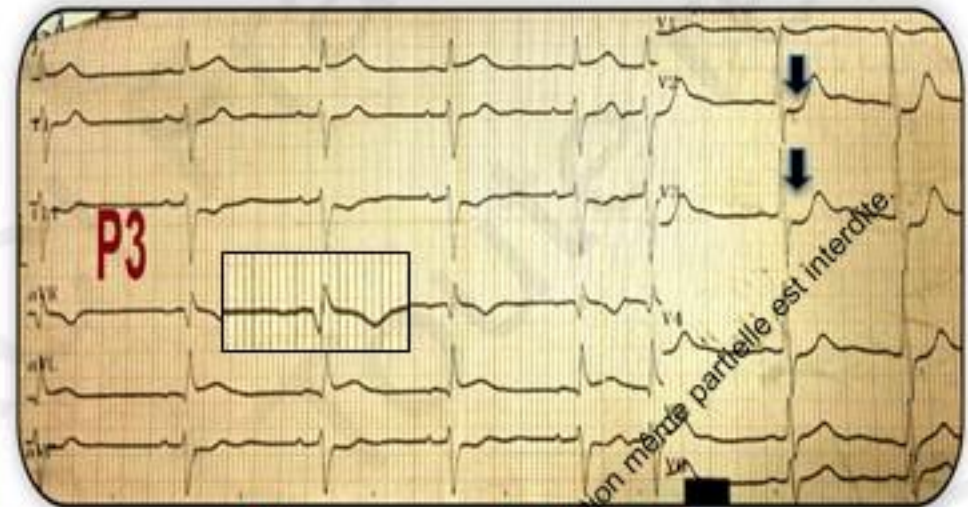
Contrôle agiographique 72 H après GIIbIIIa



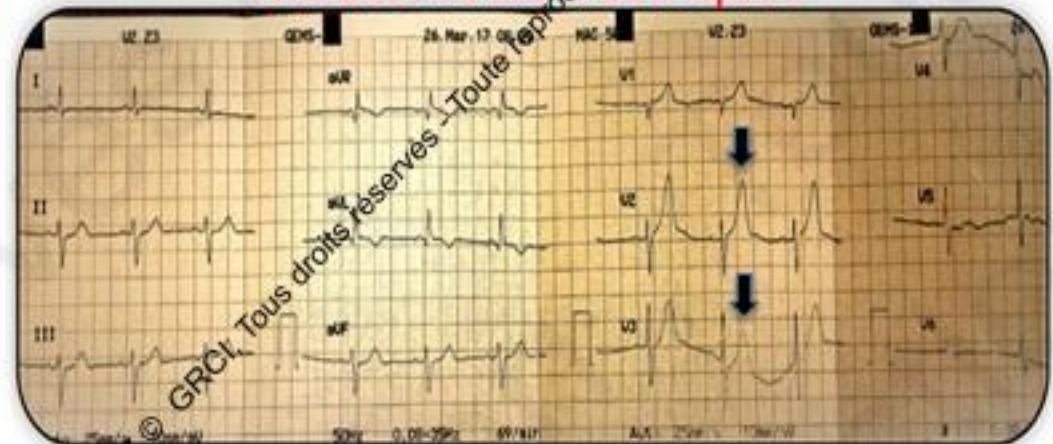
**Traitement medical
et enquête étiologique**

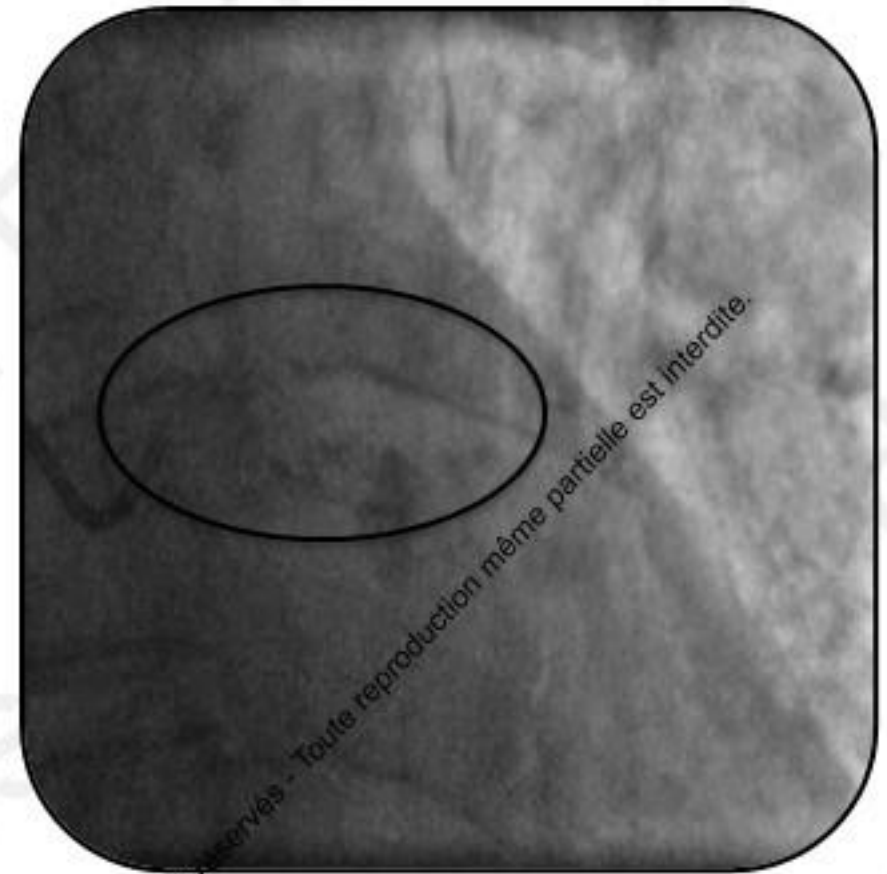
Cas n° 3 : NSTEMI à très haut risque

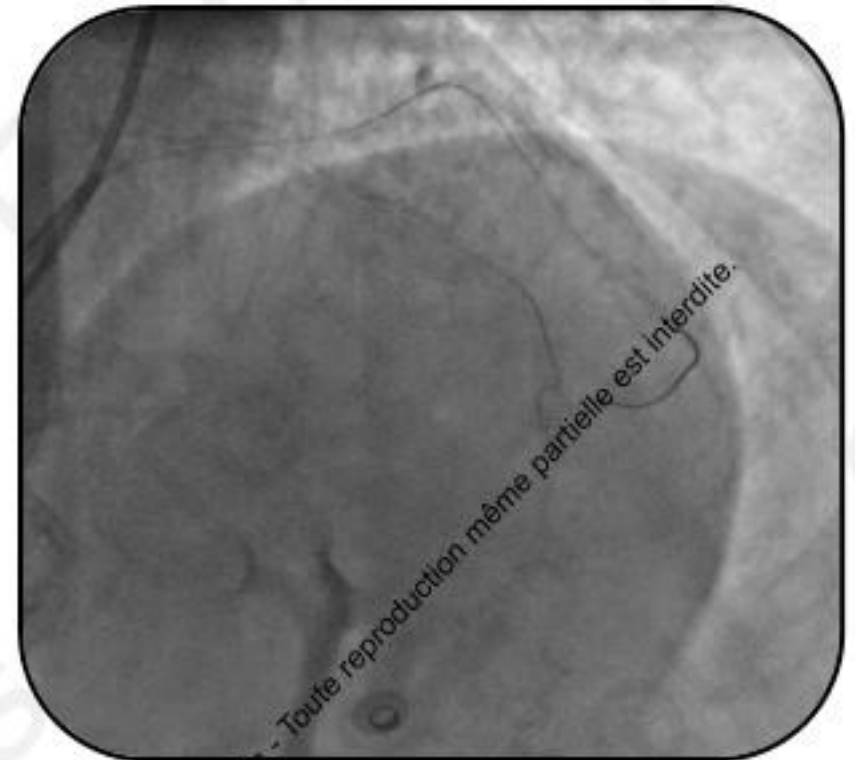
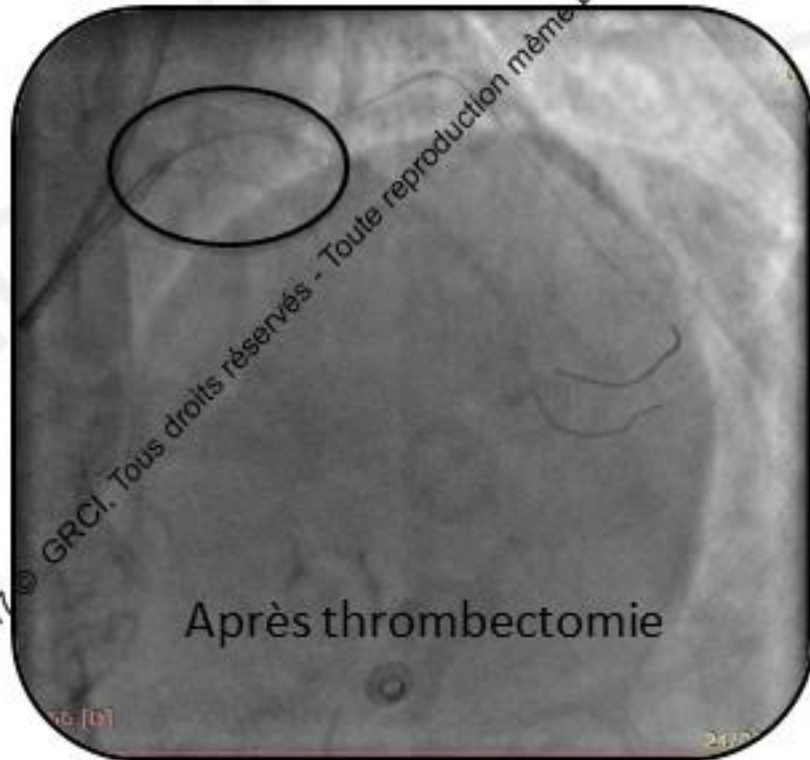
- Patient âgé de 72 ans
- FDR CV : HTA
- EX CV : état hémodynamique précaire
- TA : 100/50 mmHg
- Biologie : **Tus 240 x nle**
- ETT : FEVG à 50%



Mouvements électriques



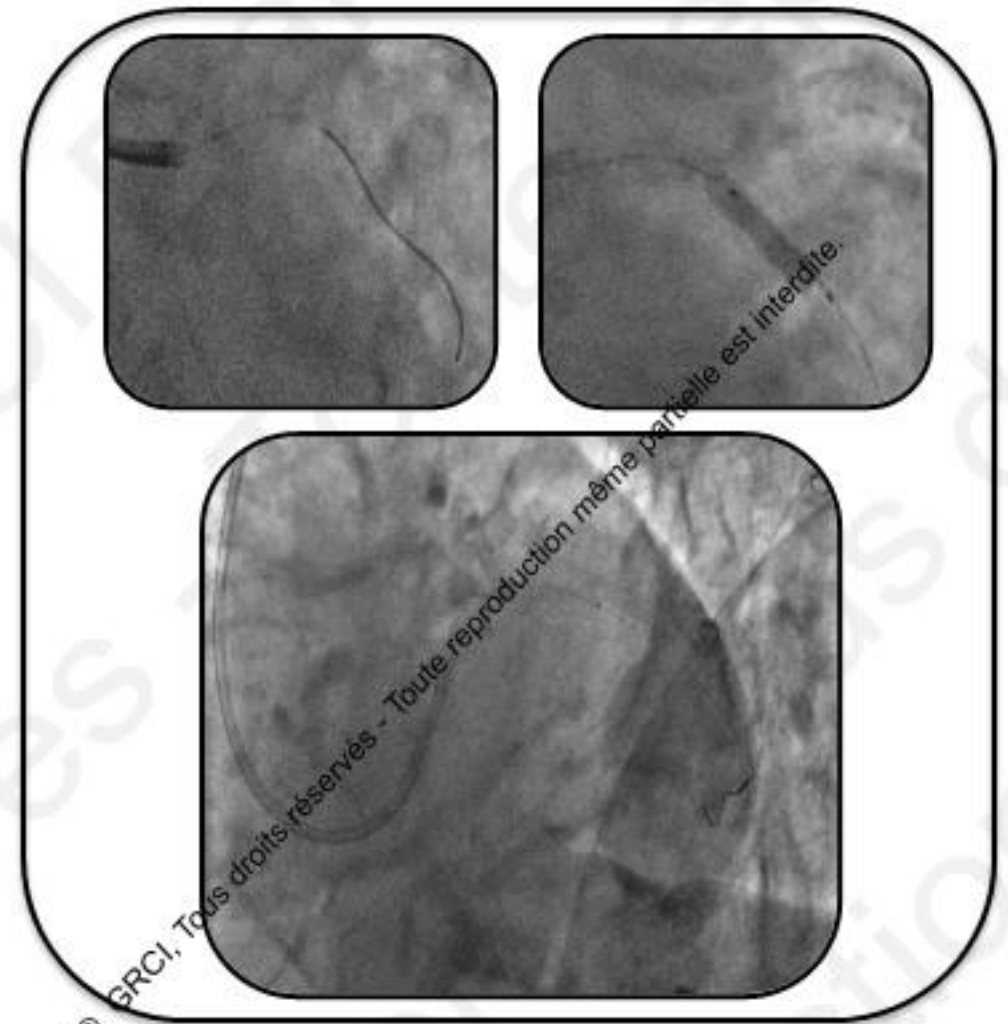
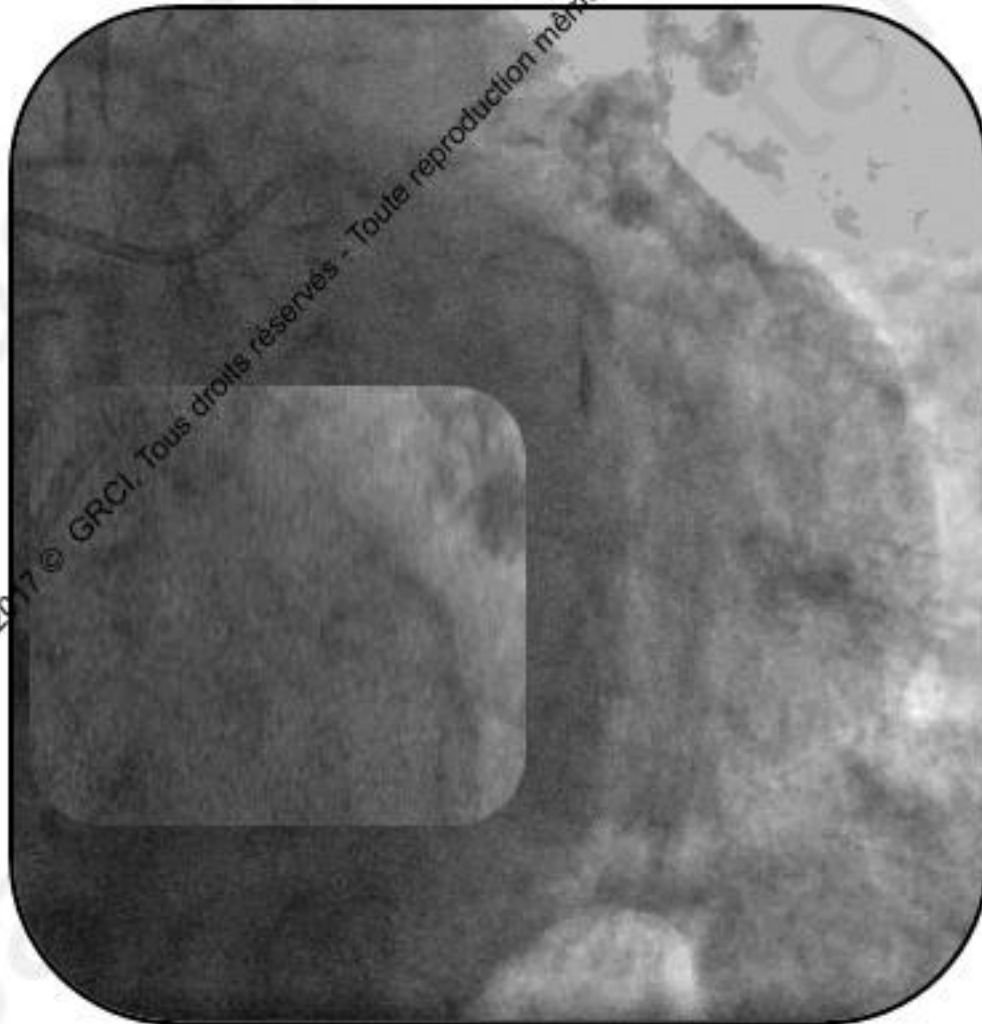




Anti GIIb/IIIa
18H



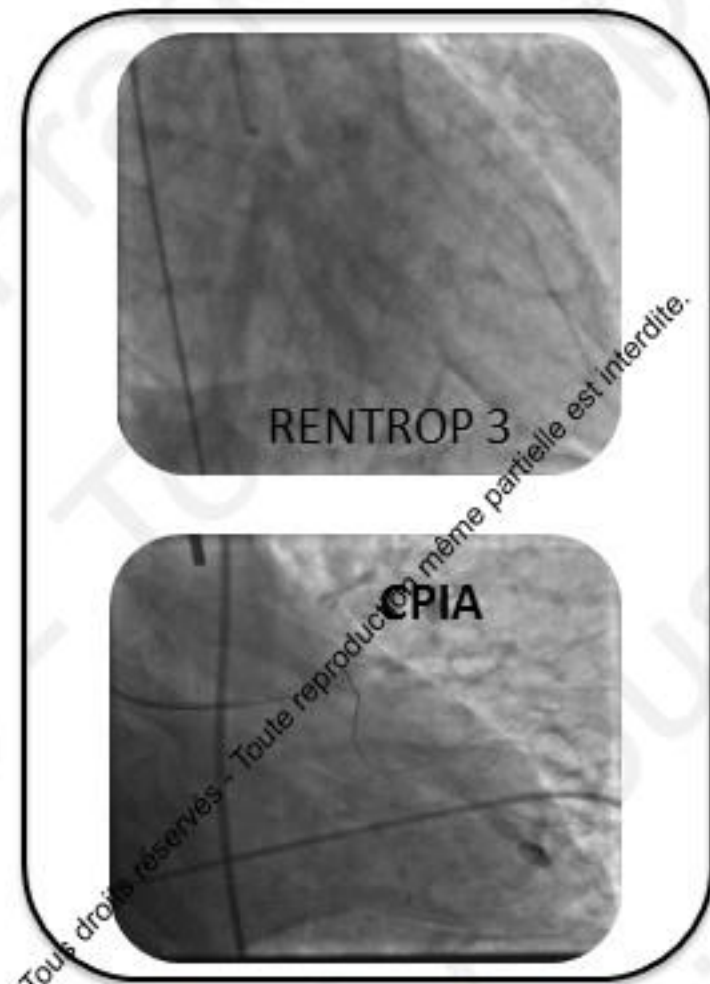
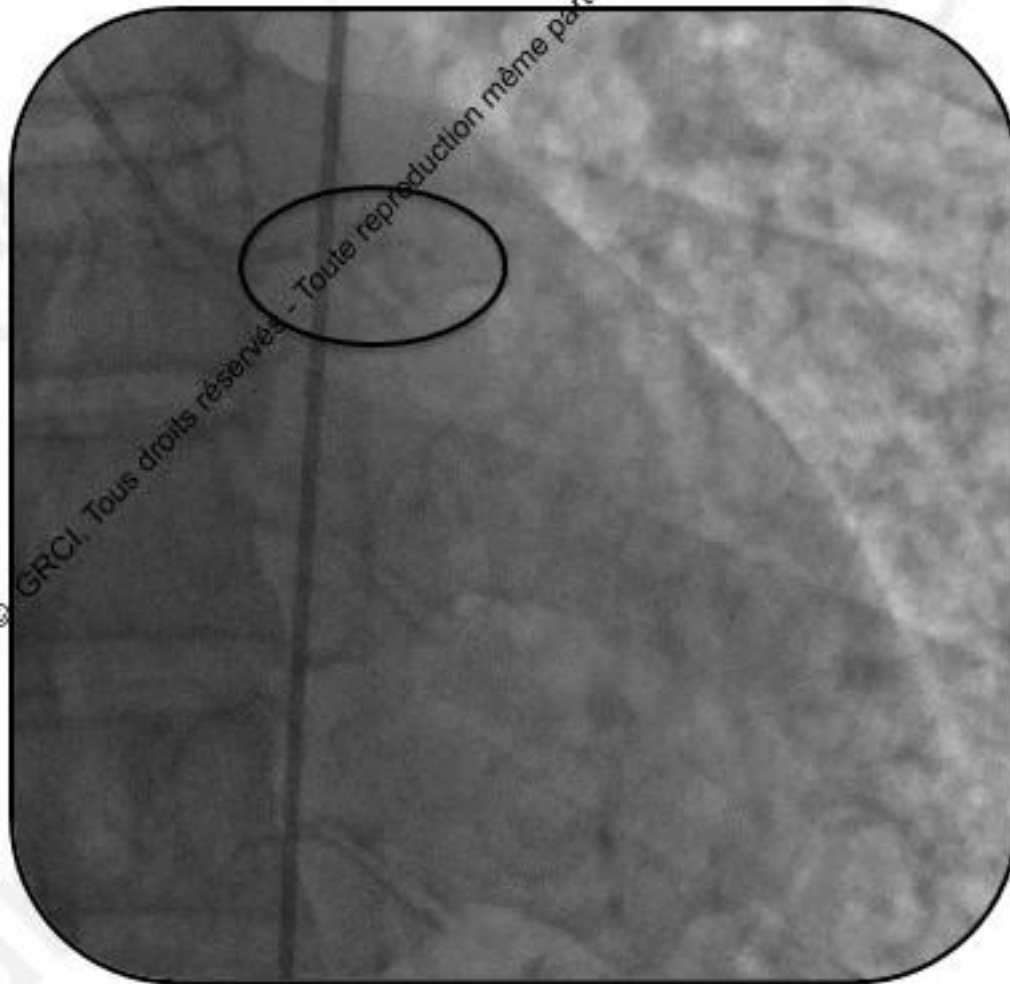
Contrôle agiographique



Cas n° 4 : NSTEMI à très haut risque

- Patient âgé de 52 ans
- FDR CV: HTA, tabac
- EX CV: **instabilité hémodynamique**
- TA : 80/50mmHg
- Biologie : **Tus : 200 nle**
- FEVG : **40%**

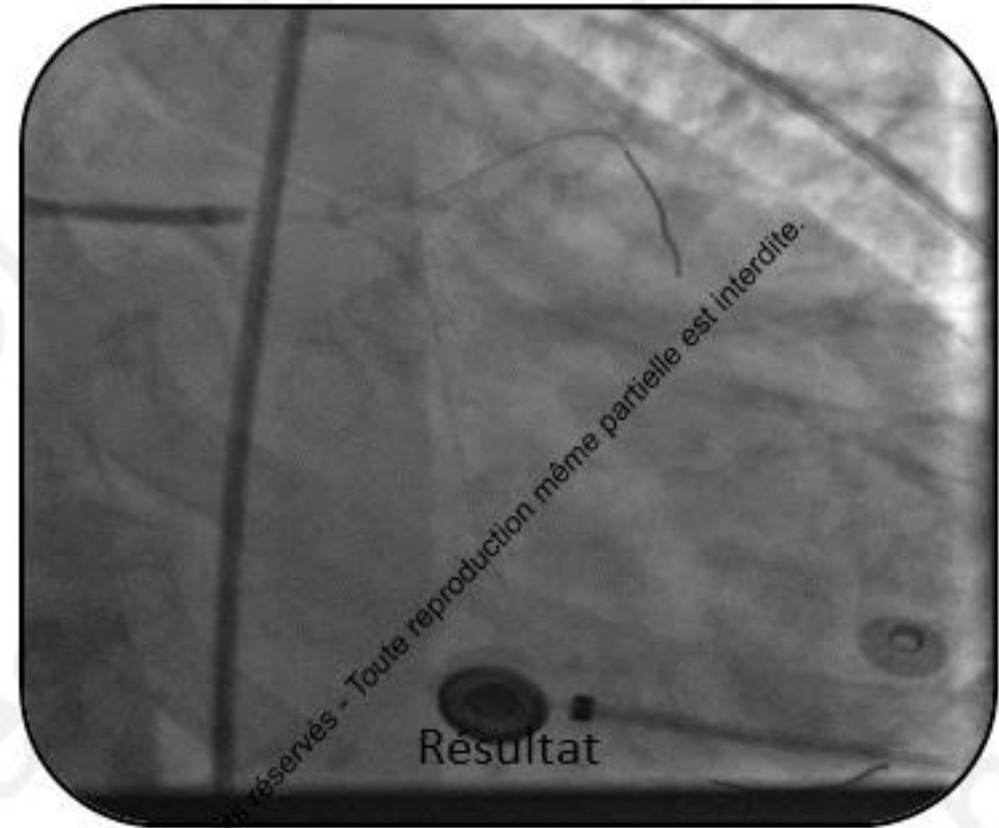
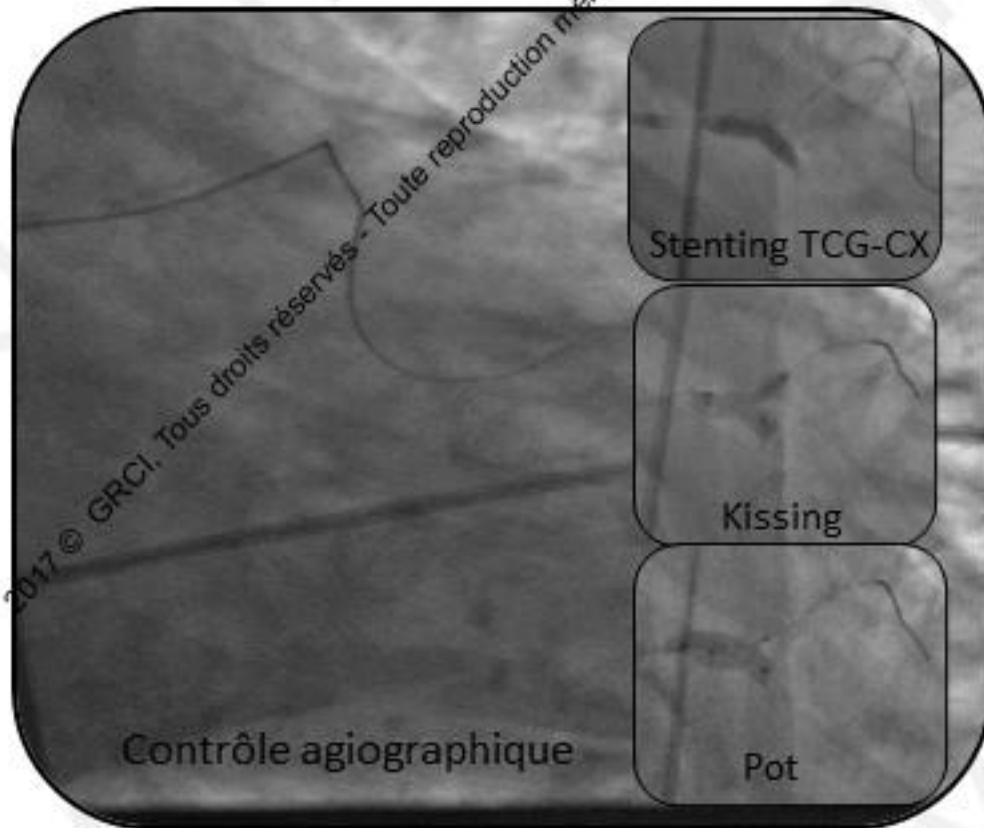




Anti GIIbIIIa
18H

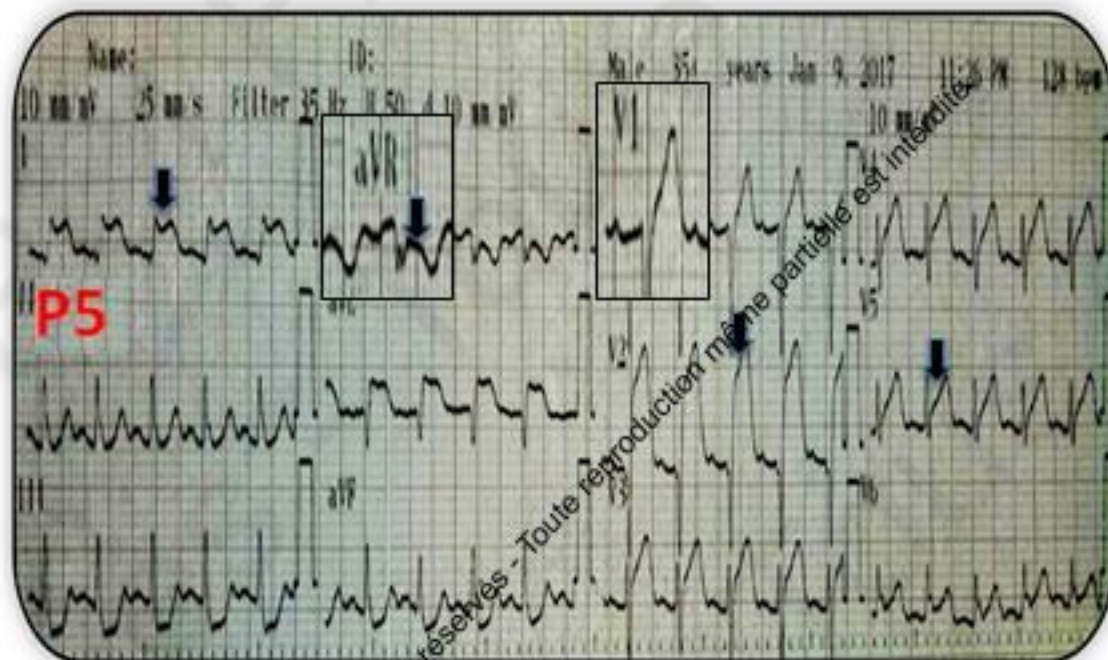


Dans un deuxième temps (48h)



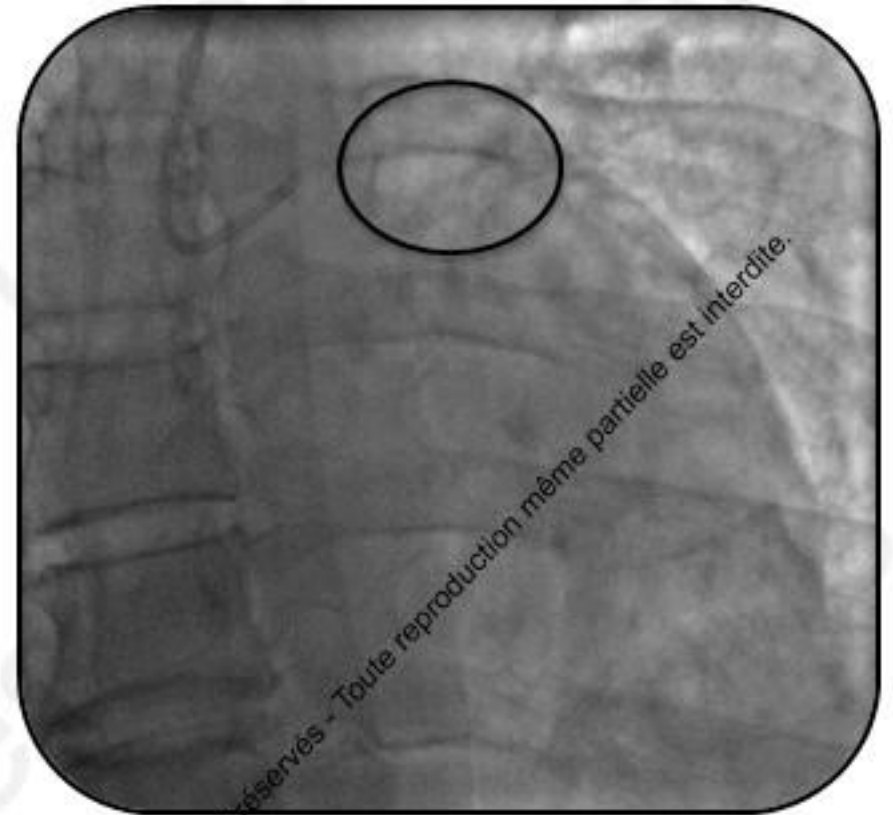
Cas n°5 : STEMI thrombolysé avec échec H 24

- Patient âgé de 52 ans
- FDR CV: HTA, DNID, tabac
- EX CV: **KILLIP III**
- TA : 90/50 mmHg
- ETT : **FEVG à 30 %**
- **SapO2 : 80 %**



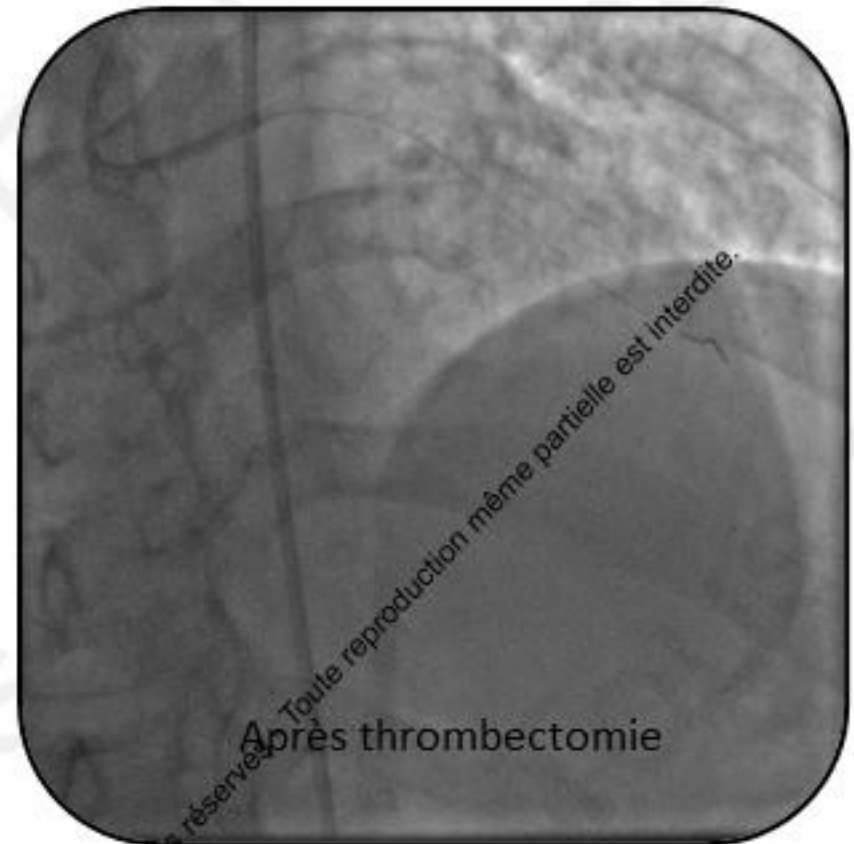
2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



ORIGINAL ARTICLE

Clinical Predictors of Left Main Coronary Artery Disease in High-Risk Patients With a First Episode of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome

Eduard Claver, Antoni Curós, Jordi López-Nyerbe, Jordi Serra, Josepa Mauri, Eduard Fernández-Nofreñas, Oriol Rodríguez-Leor, Eva Bernal, and Vicente Valle

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Spain.

Left Main Coronary Artery Thrombosis with Acute Myocardial Infarction: A Management Dilemma

Natasha Puri Arora MD, Mohammed Jouma MD, Howard Rosman MD, Raj Mehta MD



Acute myocardial infarction due to left main coronary artery occlusion

Therapeutic strategy

Outcome in Patients Treated With Primary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction Due to Left Main Coronary Artery Occlusion

Giuseppe De Luca, MD, Harry Suryapranata, MD, PhD, Karen Thomas, MD, Arnoud W.J. van't Hof, MD, PhD, Menko-Jan de Boer, MD, PhD, Jan C.A. Hoorntje, MD, PhD, and Felix Zijlstra, MD, PhD

- Pas de guideline pour une prise en charge optimale
- Pontage ? Patients le plus souvent instables
- Angioplastie: attitude de choix
- Éléments pronostiques

Conclusion

- L'angioplastie s'impose comme une option salvatrice.
- La contre pulsion est d'un bon support.
- Un stenting Différé semble être sûr, en vue de réduire le risque d'embolisation et de no reflow...
- La revascularisation chirurgicale peut être une attitude raisonnable lorsque le patient est stable avec un faible risque opératoire.