

« *BORN TO DISSECT* »

Marie-Jeanne Bertrand, Luc Aguirre, Yves Banus, Erwan
Bressollette, Bernard Laurent, Ashok Tirouvanziam

Service de cardiologie interventionnelle
Hôpital privé du Confluent
Nantes, France

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

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

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Intervenant : Marie-Jeanne Bertrand, Nantes

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

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

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

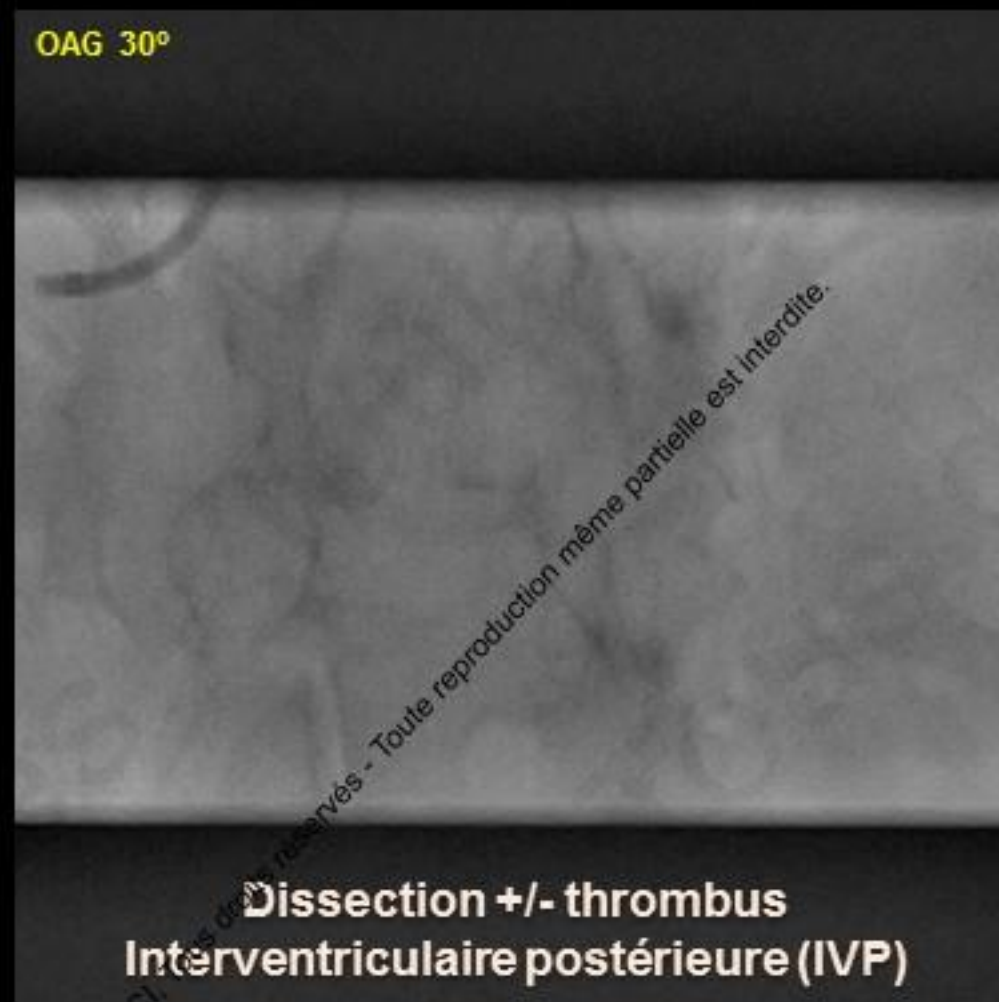
CAS CLINIQUE

- 59 ans, angor typique inaugural irradiant à la mâchoire x 1 heure
- Facteurs de risque CV –
- ATCD médicaux –
- ECG: sus-décalage du segment ST en DII, DII, aVF avec miroir antérieur
- Diagnostic: **IAMEST inférieur K1**
- Traitement médical: AAS, Bolus Prasugrel, NF héparine
- Transfert direct en salle de cathétérisme cardiaque

OAD 5° CRAN 40°

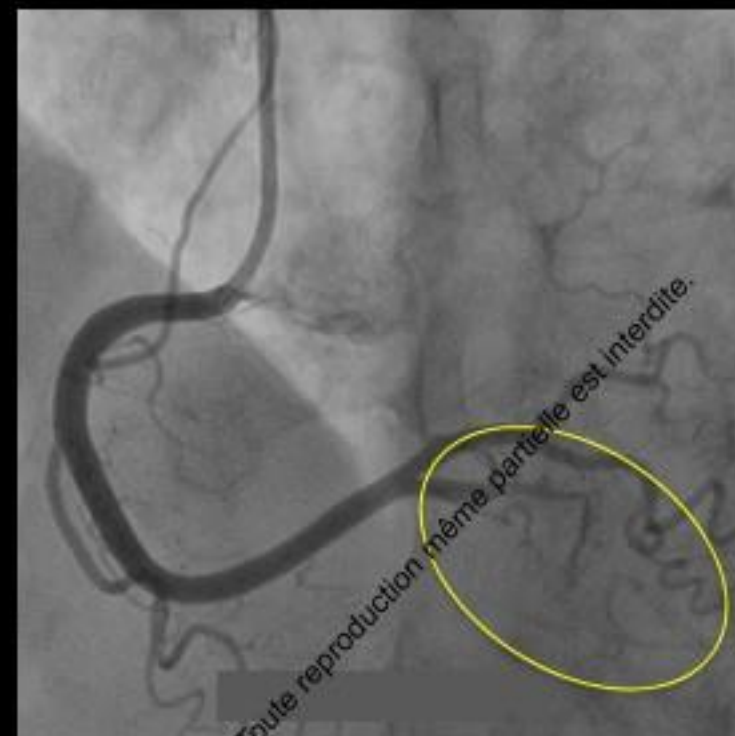


OAG 30°





Anomalies de la cinétique dans le territoire inférieur



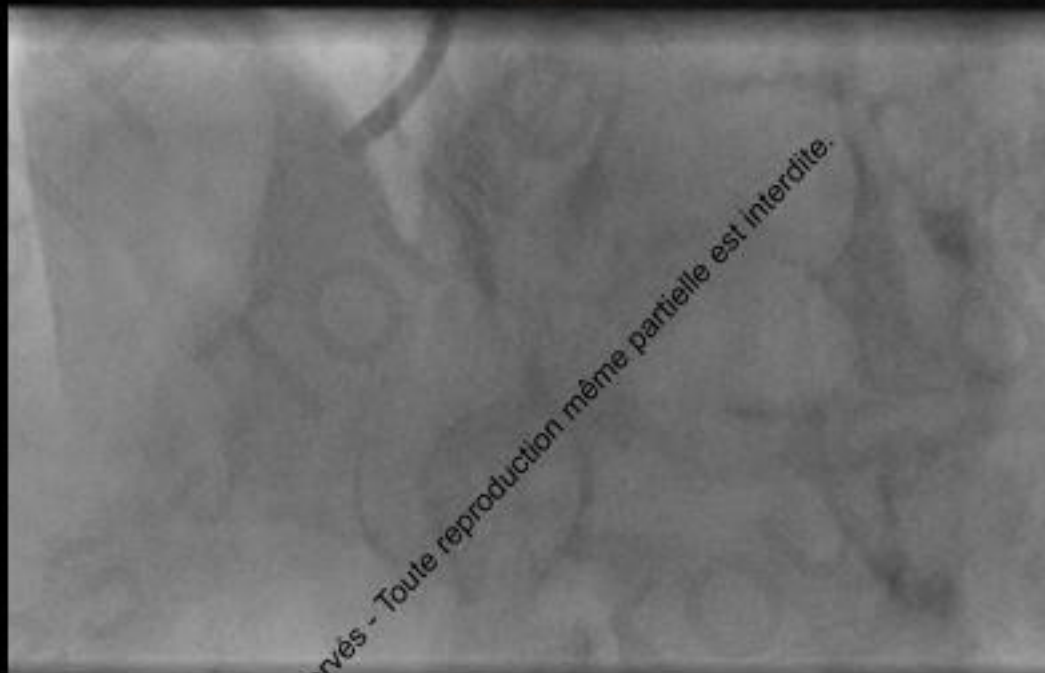
Décision d'intervenir sur l'IVP

Angioplastie de l'IVP

OAG 30°



Au retrait du guide pour l'injection finale...



Stratégie d'intervention

- Guide BMW
- Thrombectomie avec Export (2 passages)
- Prédilatation avec ballon 2.0 x 20 mm @ 12 ATM
- Stent DES 2.5 x 22 @ 10 atm

**Dissection de la CD
et sinus de Valsalva D**

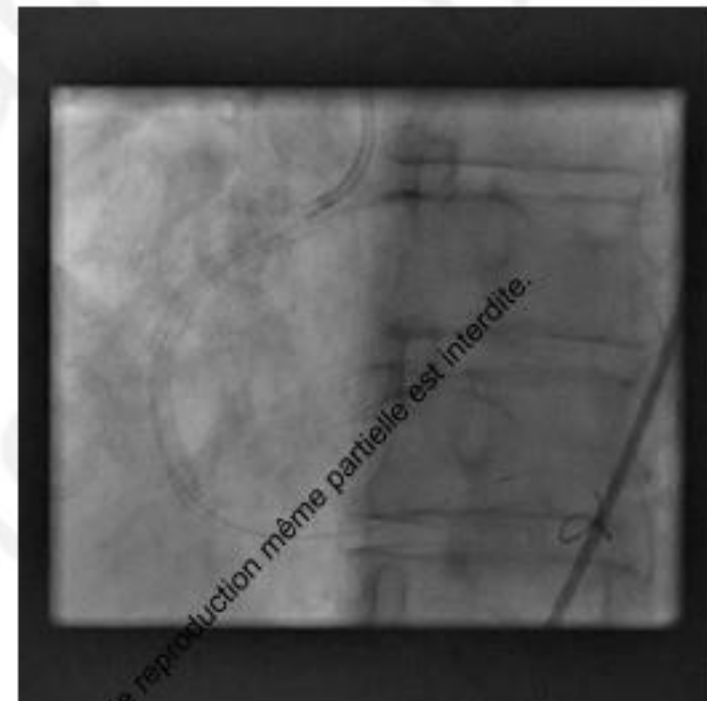


Stratégie d'intervention

- Remise du BMW
- Mise en place de 2 BMS 3.5 x 30 mm à partir de l'ostium CD pour couvrir la dissection
- Flot TIMI 3 final
- Lésion 30% à l'IVP

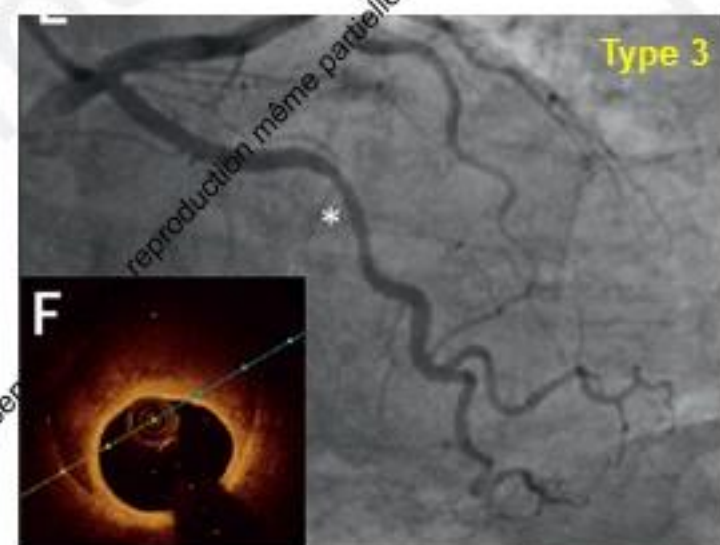
CAS CLINIQUE

- Stable et asymptomatique après l'intervention
 - hs-TnT max **800 ng/L**
 - Cholestérol total 1.76 g/L, LDL 1.12 g/L
 - FeVG 60% sans ARC, pas de valvulopathie
- Traitement médical au congé à J3
 - **DAPT**: Prasugrel 10 mg OD / ASA 75 mg OD
 - IECA, BB, Statine, IPP
- 10 mois post-SCA: hospitalisée pour un tableau d'angor instable
 - Resténose CD proximale, nécessitant implantation DES 3,5 x 34 mm
- 15 mois post-SCA: dyspnée d'effort
 - Échographie à l'effort négative cliniquement et électriquement (sous-maximal sous BB)
 - Optimisation BB et maintient DAPT



Dissection coronaire spontanée (SCAD)

- Prévalence varie entre 1.7-4%
- Affecte surtout les jeunes femmes entre 44-55 ans
- Associée à des facteurs prédisposants et précipitants tel que **dysplasie fibromusculaire**, stress, exercice isométrique
- Angiographie conventionnelle et imagerie endovasculaire pour établir le diagnostic



Risques liés à l'angioplastie

Challenges during PCI of SCAD

Risk of iatrogenic catheter-induced dissection

3,4 – 14,3% (ad hoc)

Difficulty advancing coronary wire into distal true lumen

Propagating IMH anterograde and retrograde with angioplasty/stenting, extending dissection and further compromising true lumen arterial flow

Dissection tends to extend into distal arteries, which are too small for stents

Often extensive dissected segments require long stents, increasing stent restenosis

Risk of stent malapposition after resorption of IMH, with risk of late stent thrombosis

Suggestions if PCI is pursued for SCAD

Meticulous guide catheter manipulation, preferably through femoral access approach

Davantage de dissections iatrogéniques rapportées par voie radiale

OCT/IVUS guidance to ensure wire in true lumen (or over-the-wire catheter injections) and optimize stent apposition

Long stents covering 5–10 mm of proximal and distal edges of IMH

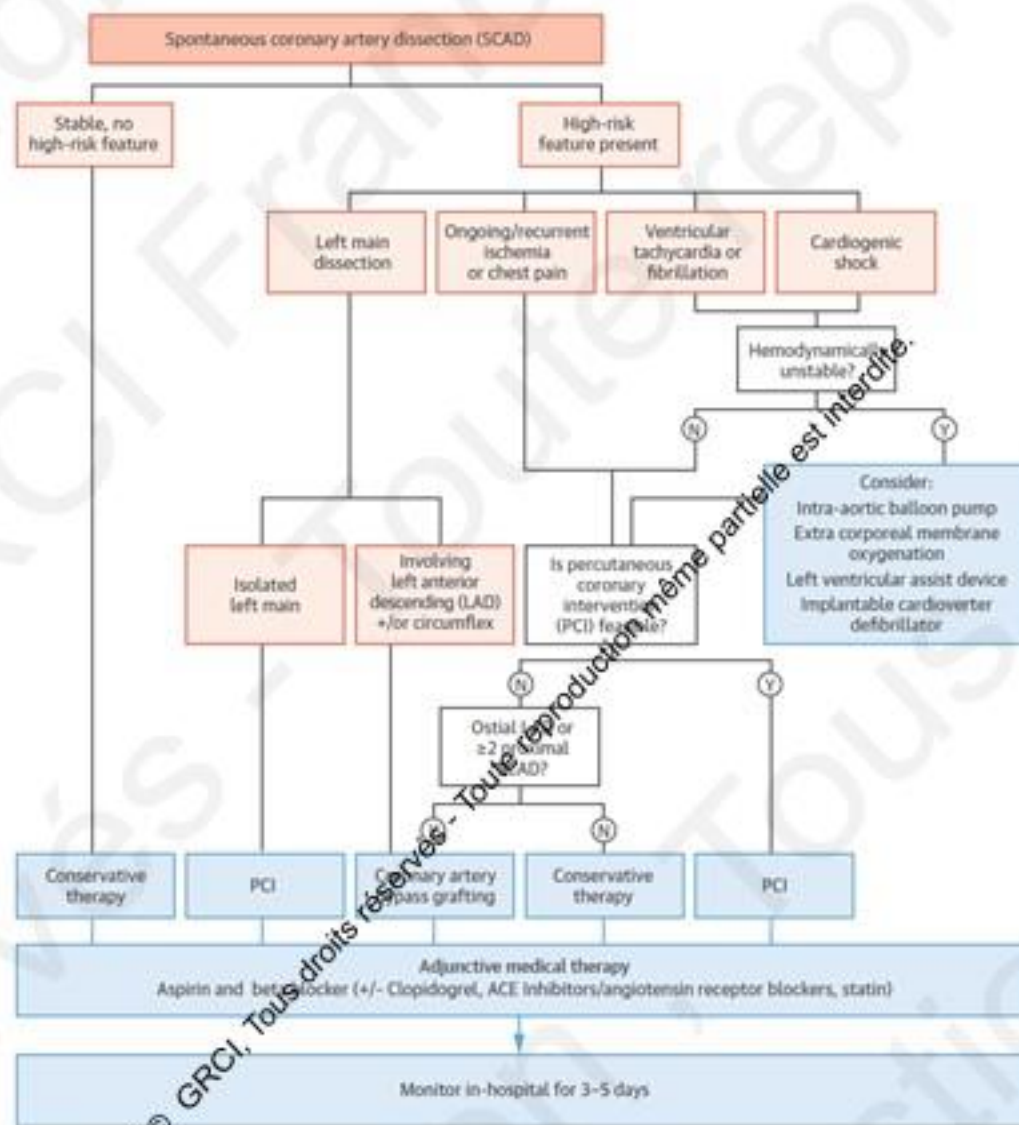
Placing short stents at proximal and distal edges first, before placing long stent in the middle

Consider bioabsorbable stents (temporary scaffold to avoid long-term malapposition)

Possible and careful use of cutting balloon (to fenestrate IMH)

Consider follow-up OCT to assess for malapposition/uncovered struts before stopping DAPT

Algorithme de traitement proposé



Approche conservatrice à préconiser:

- Majorité des cas vont guérir spontanément (30 jours)
- Revascularisation associée à haut taux d'échec

POINTS À RETENIR

- SCAD n'est pas une cause fréquente SCA mais n'est pas rare
- Affecte surtout les jeunes femmes
- Associée à des facteurs prédisposant et précipitants tel que **DFM**, stress, exercice isométrique
- **3 types – type 2 le plus fréquent**
- Angiographie conventionnelle demeure l'étalon-or pour le diagnostic
- Traitement conservateur est favorisé, excepté :
 - Ischémie active
 - Instabilité hémodynamique
 - Dissection TC
- Revascularisation percutanée à un taux de succès mitigé, non sans risque de complications à court et long terme
- Survie est excellente mais MACE à long terme sont fréquents, dont **récidive SCAD**