

Où se trouve l'ostium du tronc commun ?

Dr. Ungureanu Claudiu
Hôpital de Jolimont

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 : Claudiu Ungureanu, Bruxelles

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

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

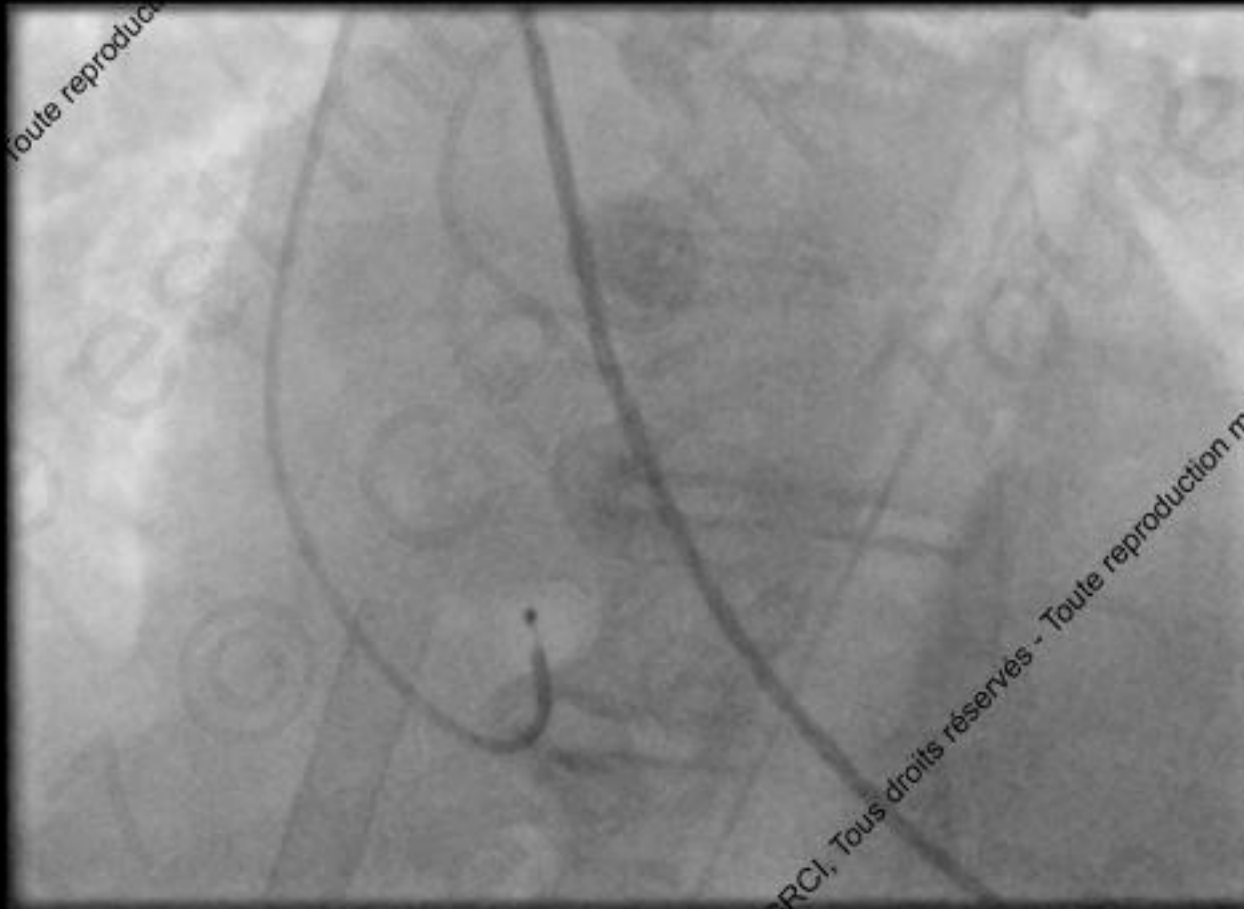
2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

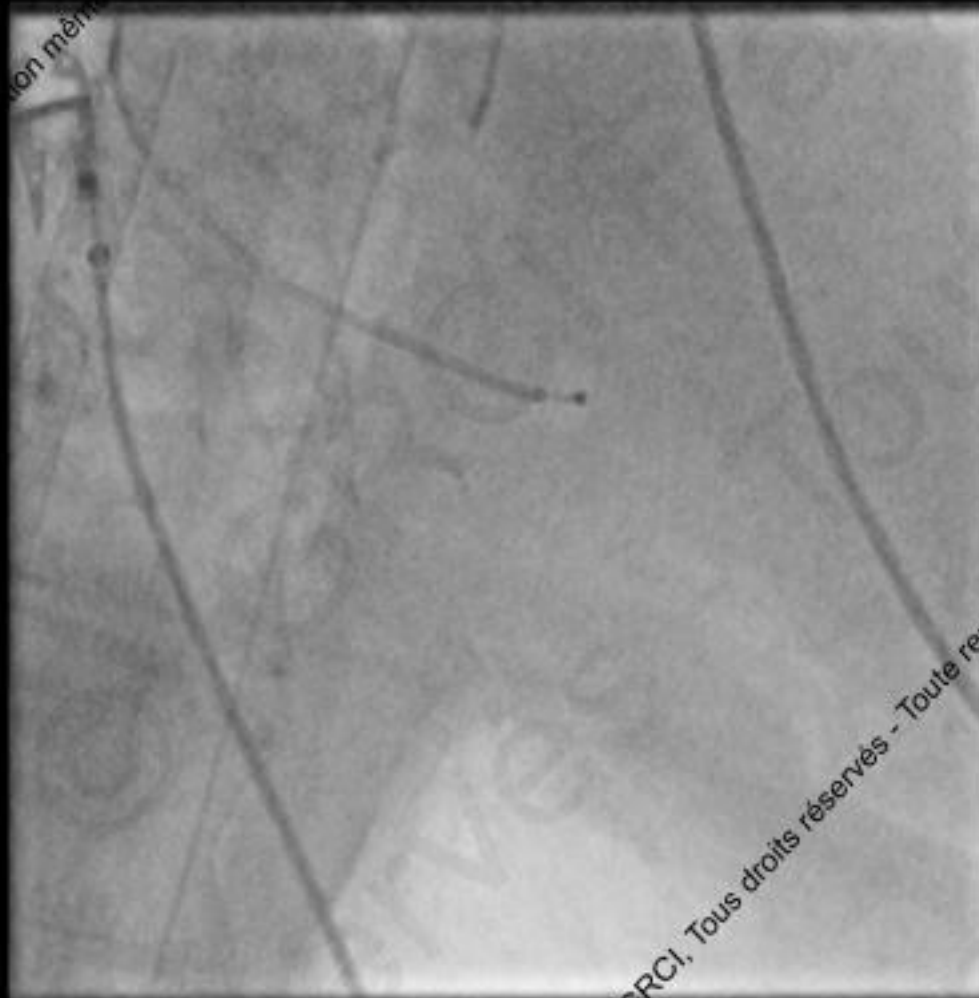
Madame M, 67 ans

- **Antécédents** cardiologiques: HTA
- **Antécédents** chirurgicaux: néant
- **Facteurs de risque CV**: insuffisance rénale chronique stade III, HTA, obésité, diabète non insulino-requérant, dyslipidémie.
- **HDM**: détresse respiratoire aiguë avec évolution très rapide vers arrêt cardio-respiratoire.

Parametres cliniques et biologiques

- À l'admission: TA=80/55 mmHg, FC=96/min et signes de congestion pulmonaire
- Sat O₂= 82%
- ECG: sus décalage segment ST en inféro-latéral.
- ETT: **Altération sévère** de la fonction cardiaque gauche et droite, fraction d'éjection VG à 20%.
Absence de valvulopathie significative.





GRCI, Tous droits réservés - Toute rep



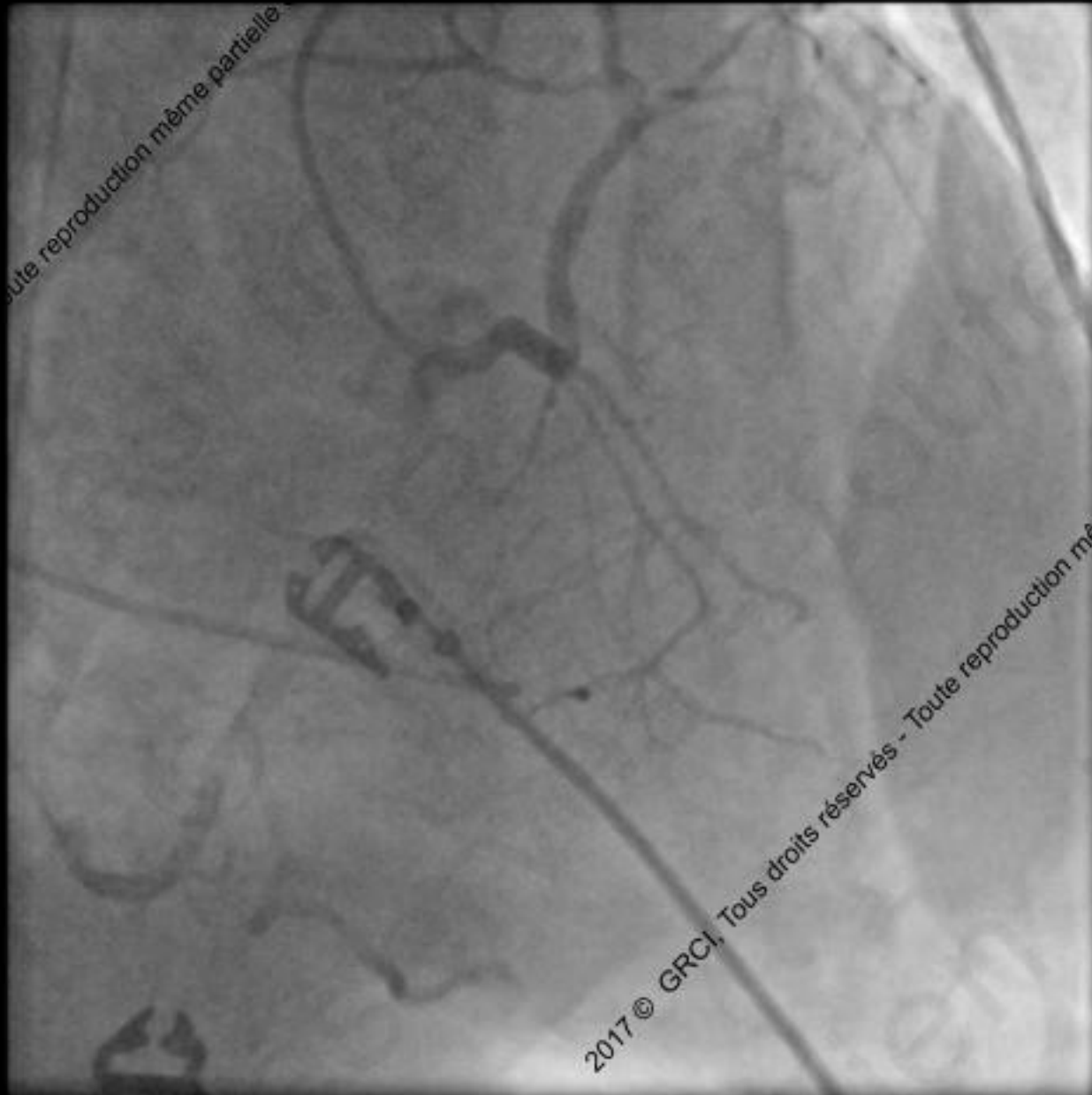
GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction mé

Solutions ? Un autre cathéter ? Un/plusieurs collègues ?



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

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



Prise en charge ?

- Thrombus TC distal ?
- La lésion coupable?
- Occlusion aiguë ou chronique de l'IVA ? PL ?
- Revascularisation complète ?



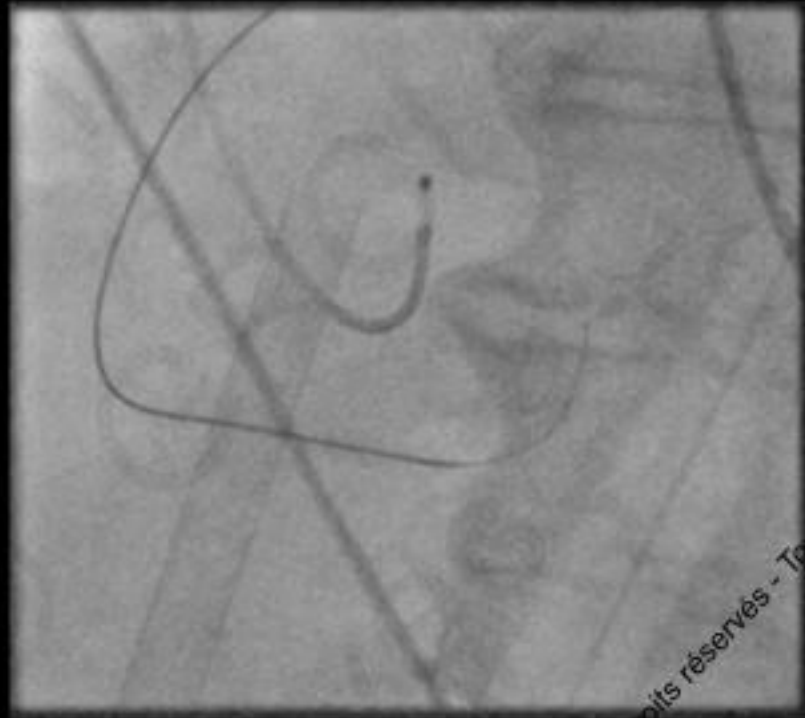
Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © GRCI. Tous droits réservés - Toute reproduction même

interdite

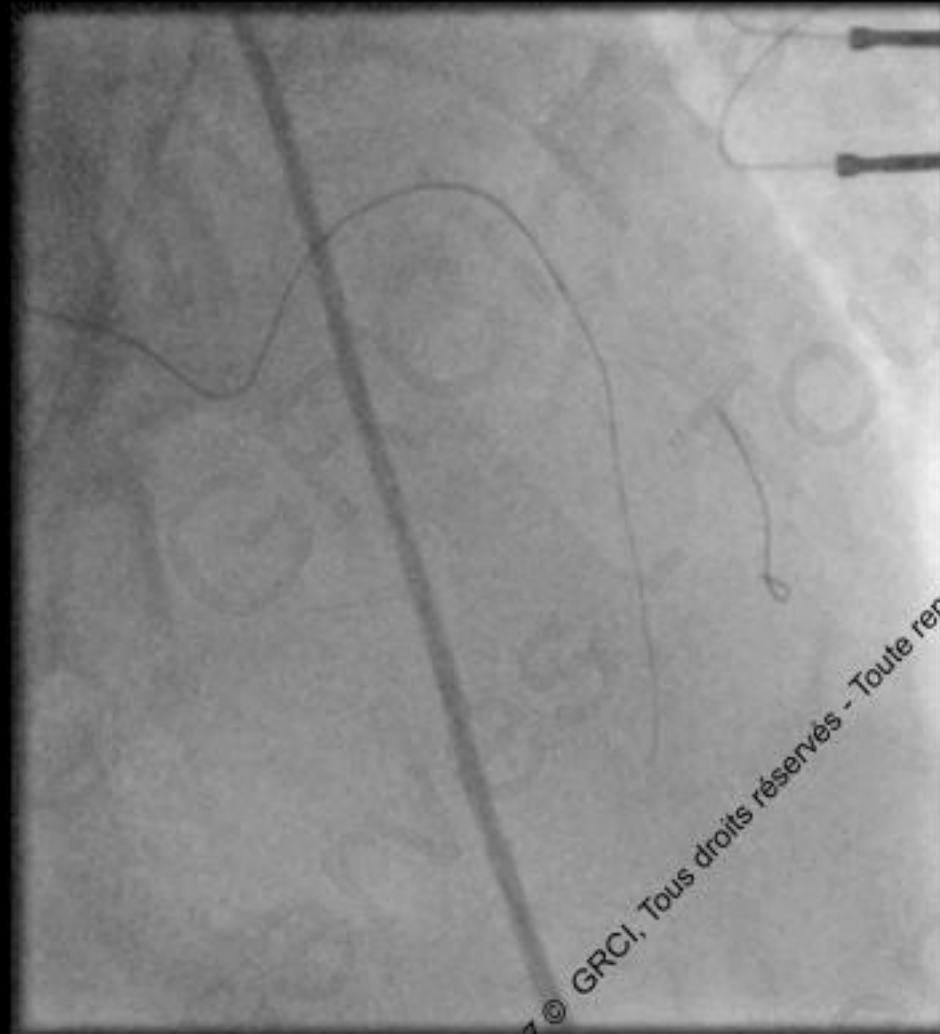


bits réso



droits réservés - To





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

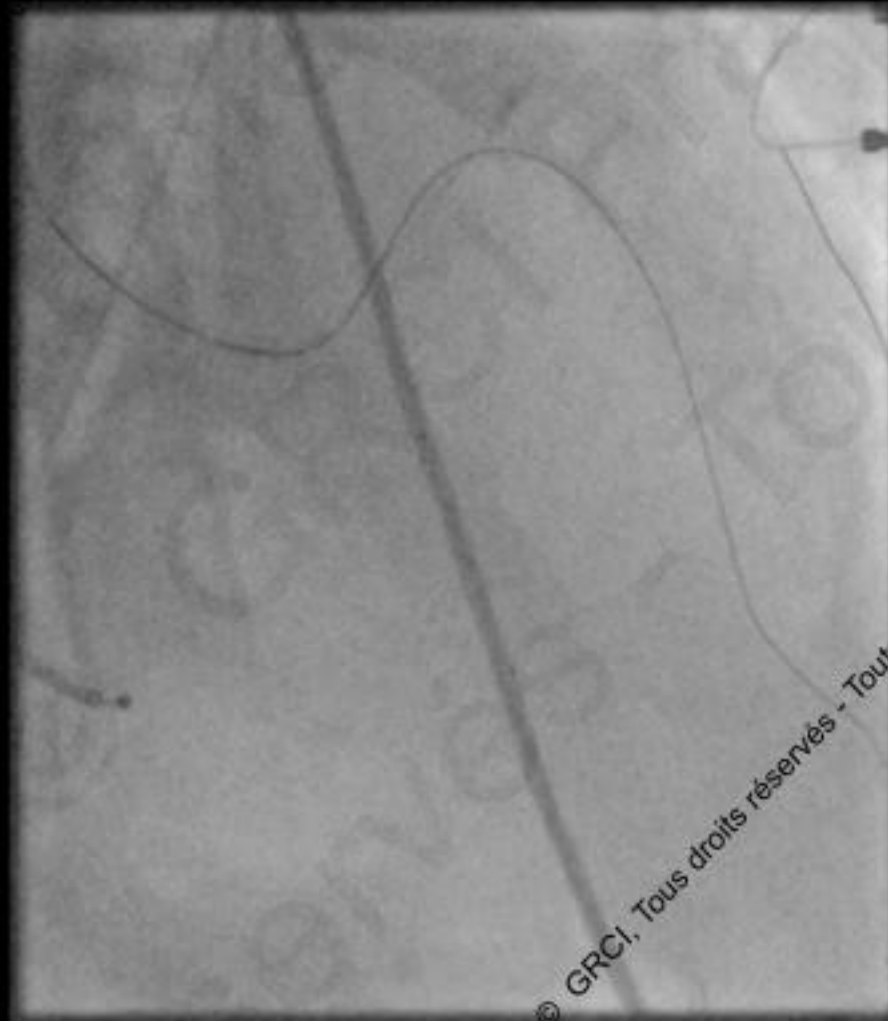


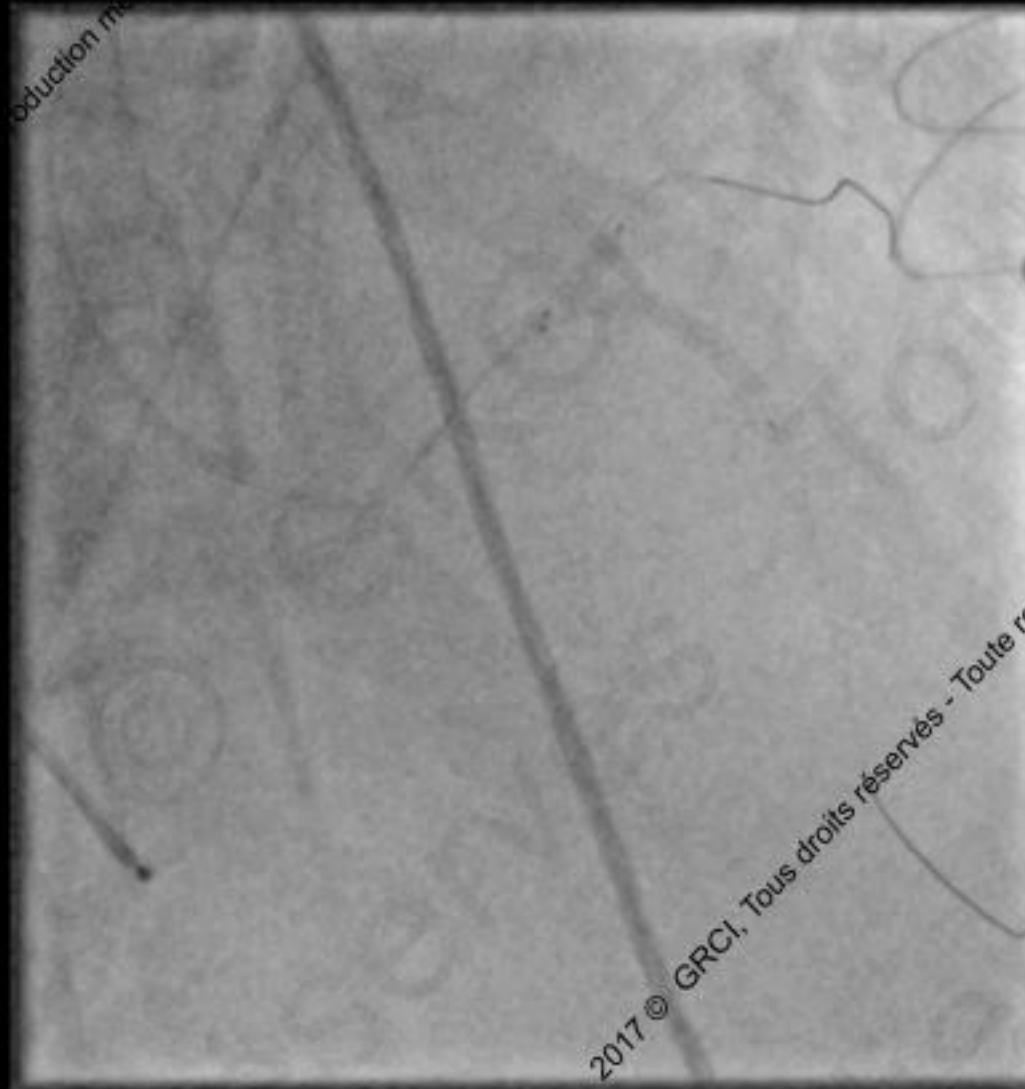
Prise en charge ?

- 1 stent ?
- 2 stent ?
- Branche principale ?
- Branche secondaire ?

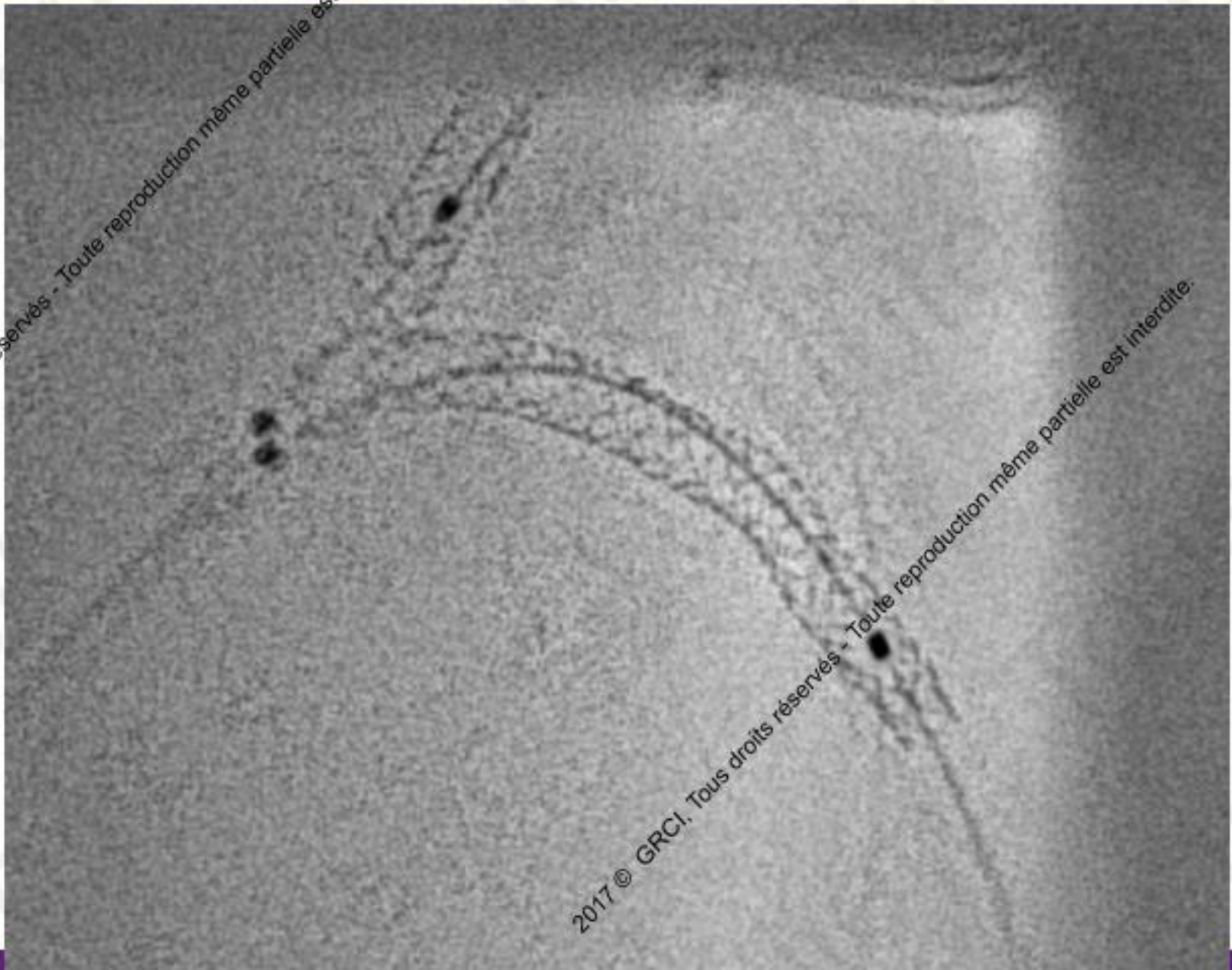
2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

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



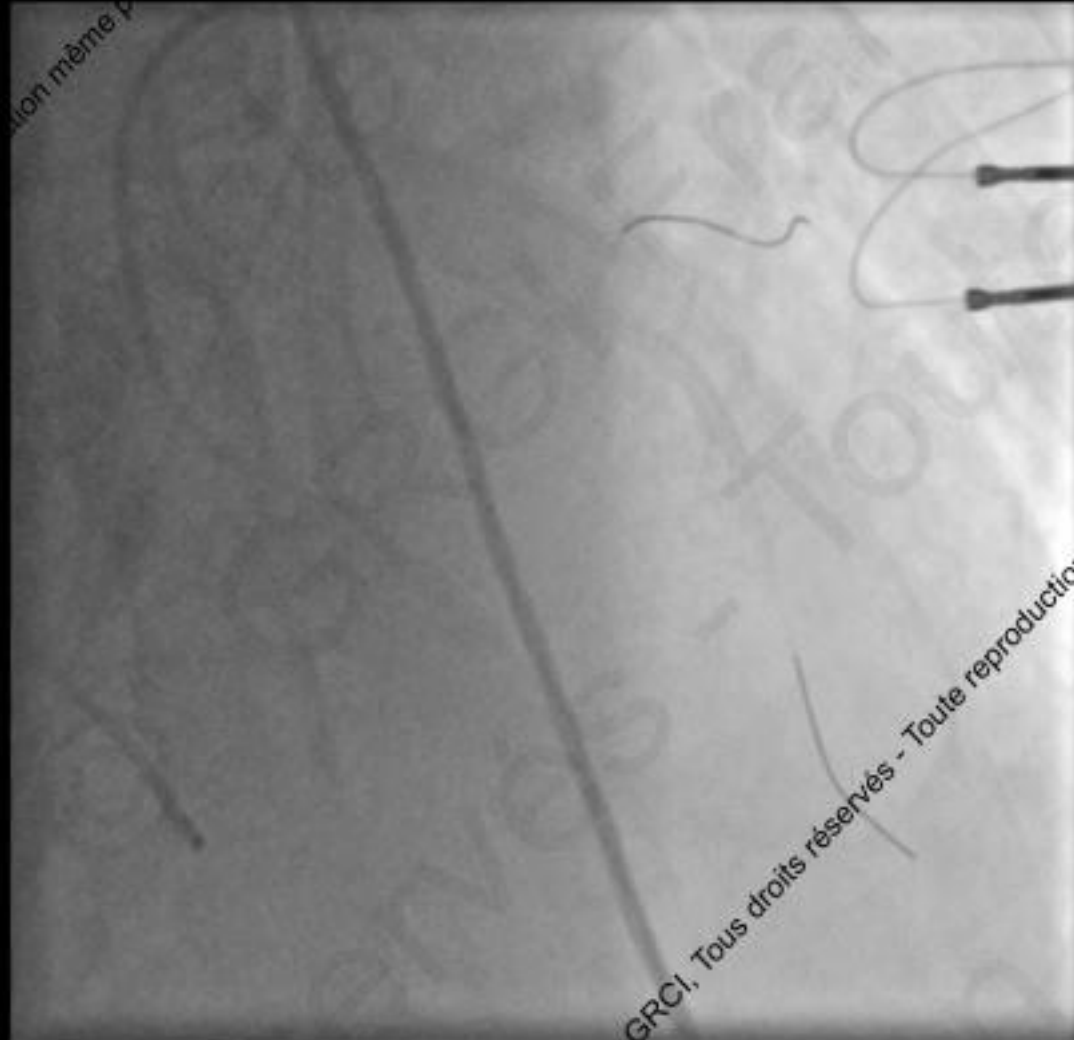


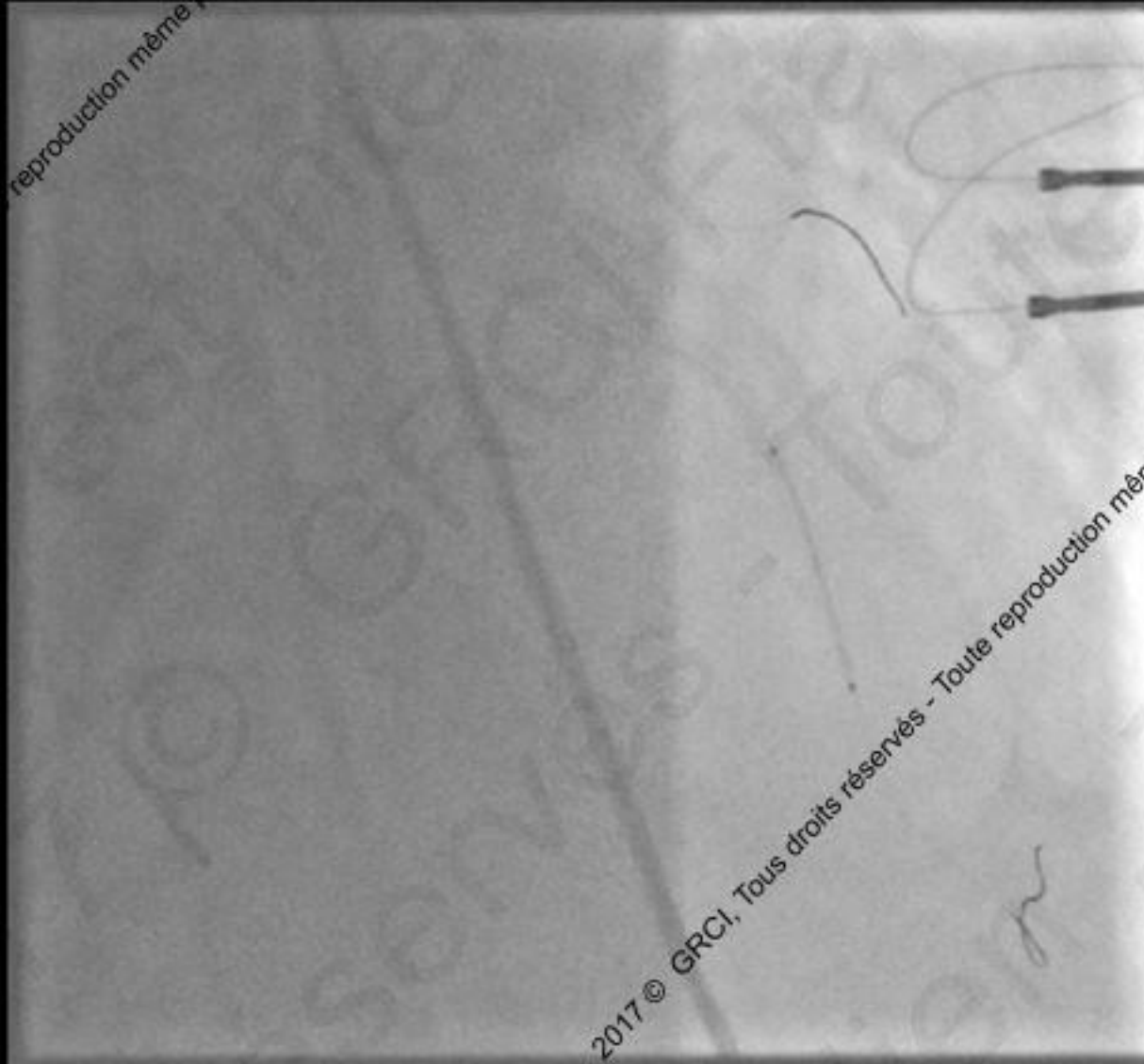
2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute re

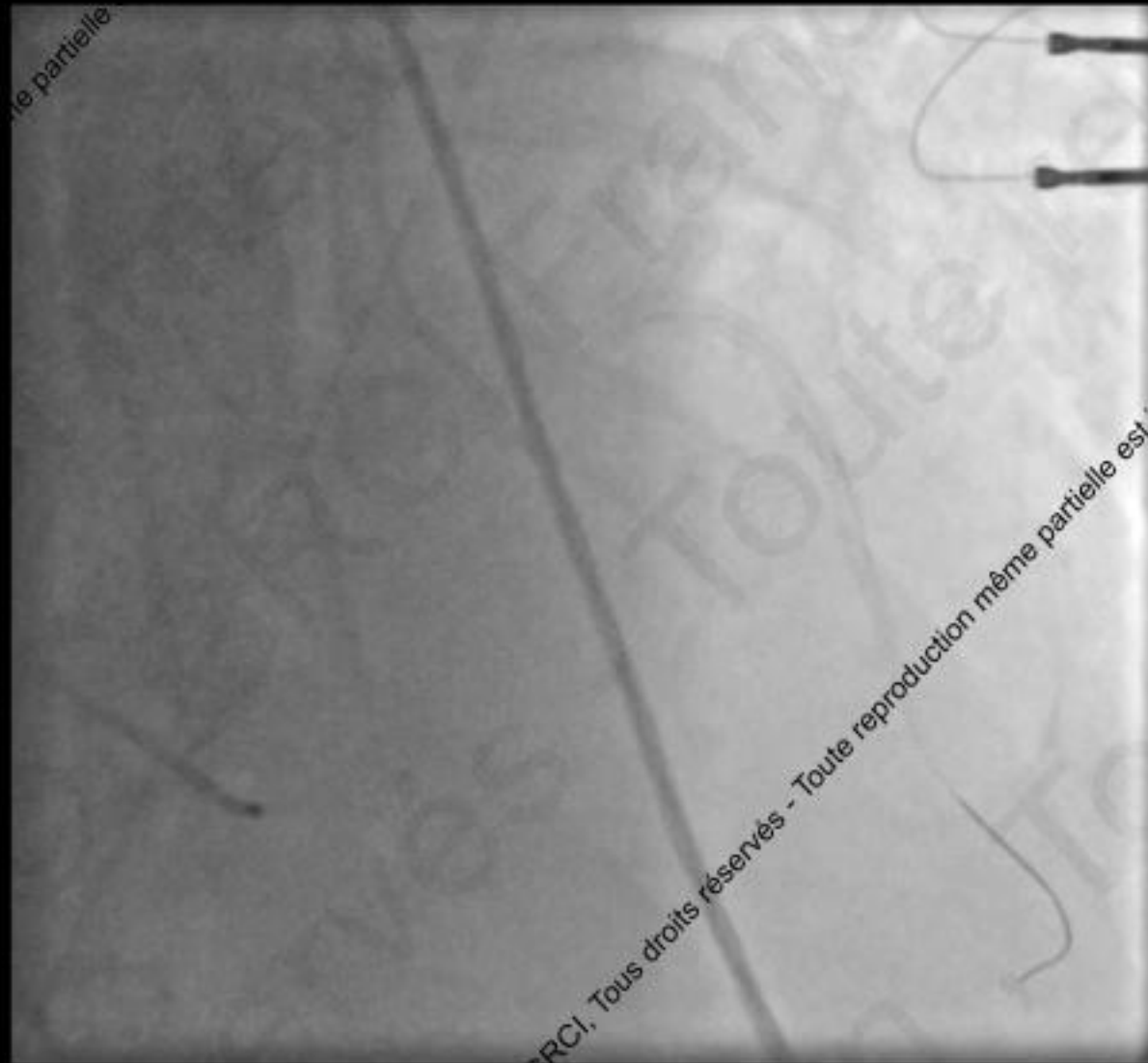


2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

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

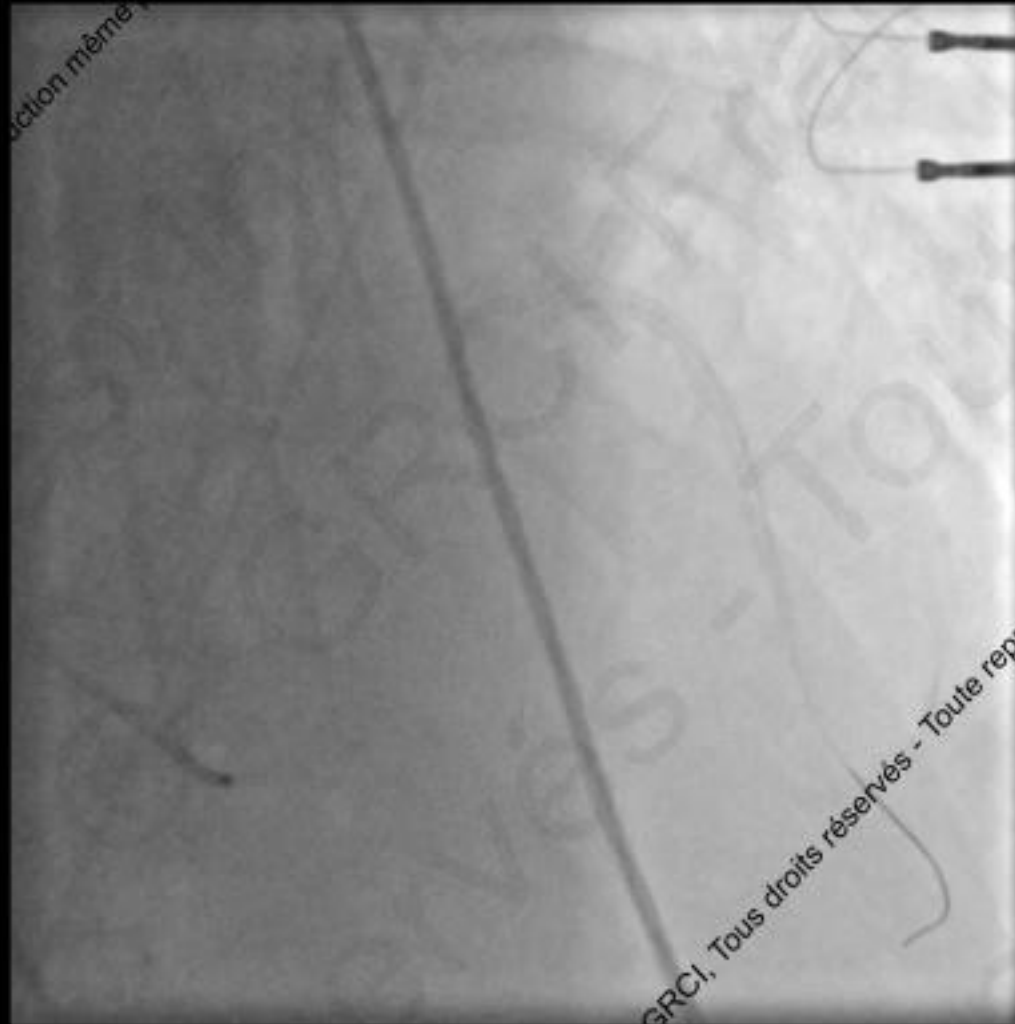






ne partielle

GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est



Evolution clinique

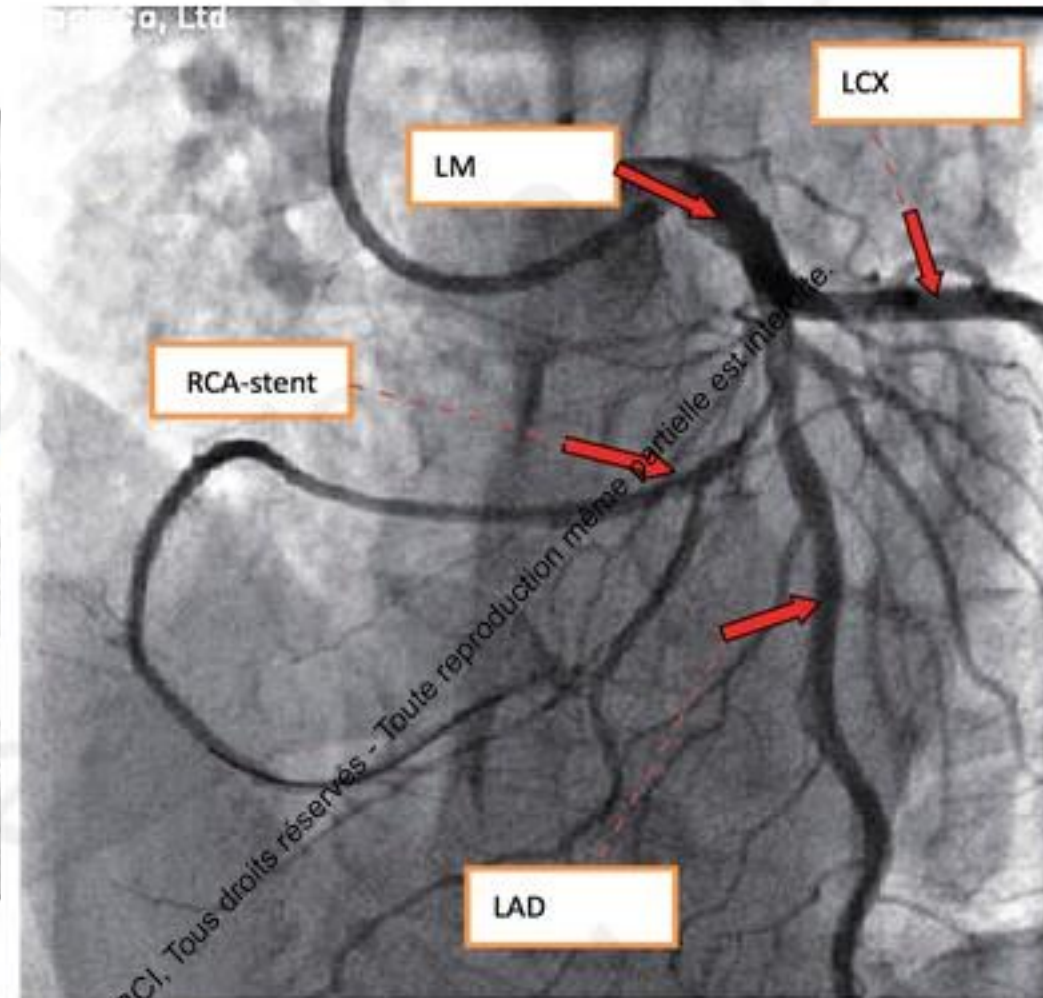
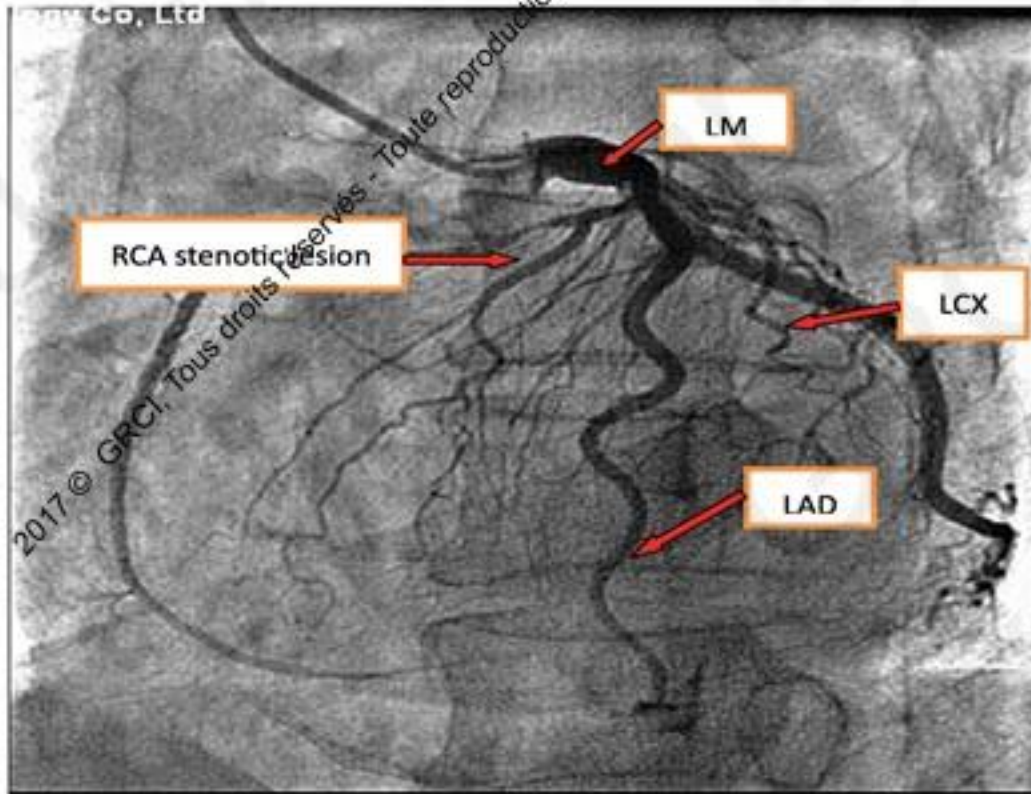
- 12 jours d'hospitalisation (5 jours USI)
- Ballon contre-pulsion (18h)
- Assistance ECMO (2 jours)
- Après 3 mois: Dysfonction sévère (FEVG à 20%)
- Sans signes de surcharge
- Insuffisance rénale stade IV

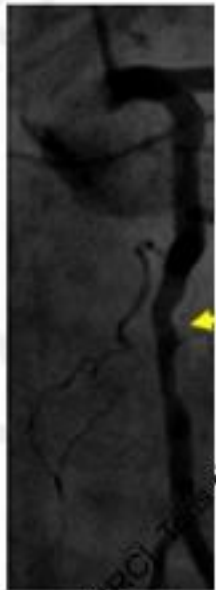
Particularités du cas

- **Anomalie de naissance ou connexion aortique**
- **OSTIUM UNIQUE** (pour la totalité du réseau coronaire)
connexion dans le sinus coronaire droit
- Incidence de 0,0024% à 0,044%
- Cathétérisme à risque
- *Toujours pensez à une anomalie de connexions si l'intubation est difficile*
- Le CT cardiaque n'est pas disponible

Revue de la littérature

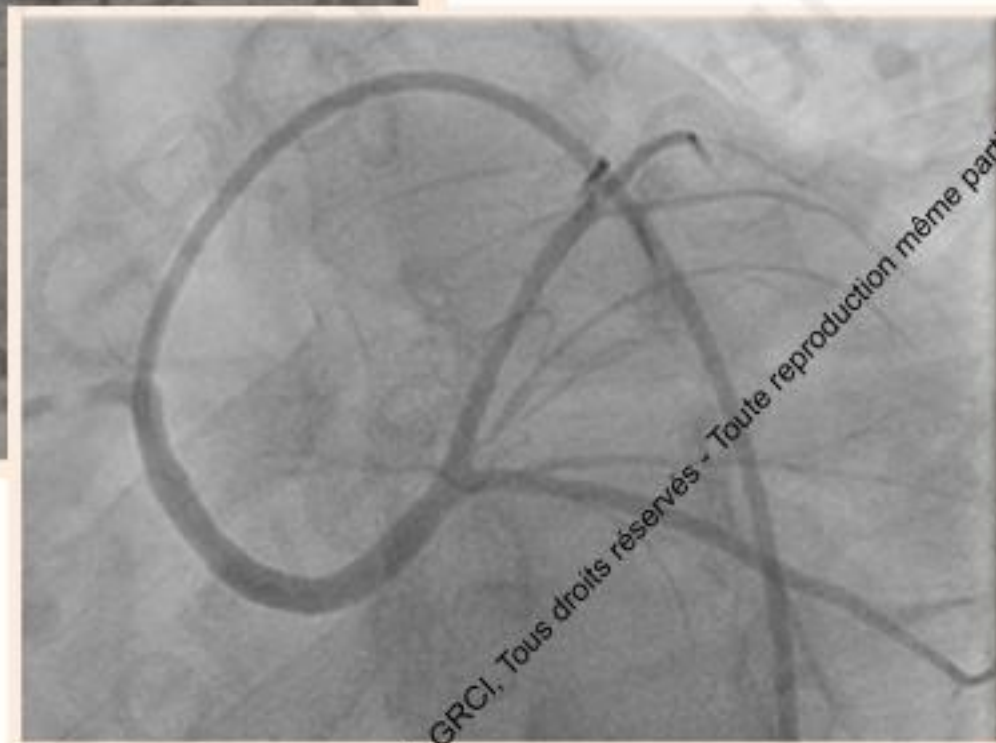
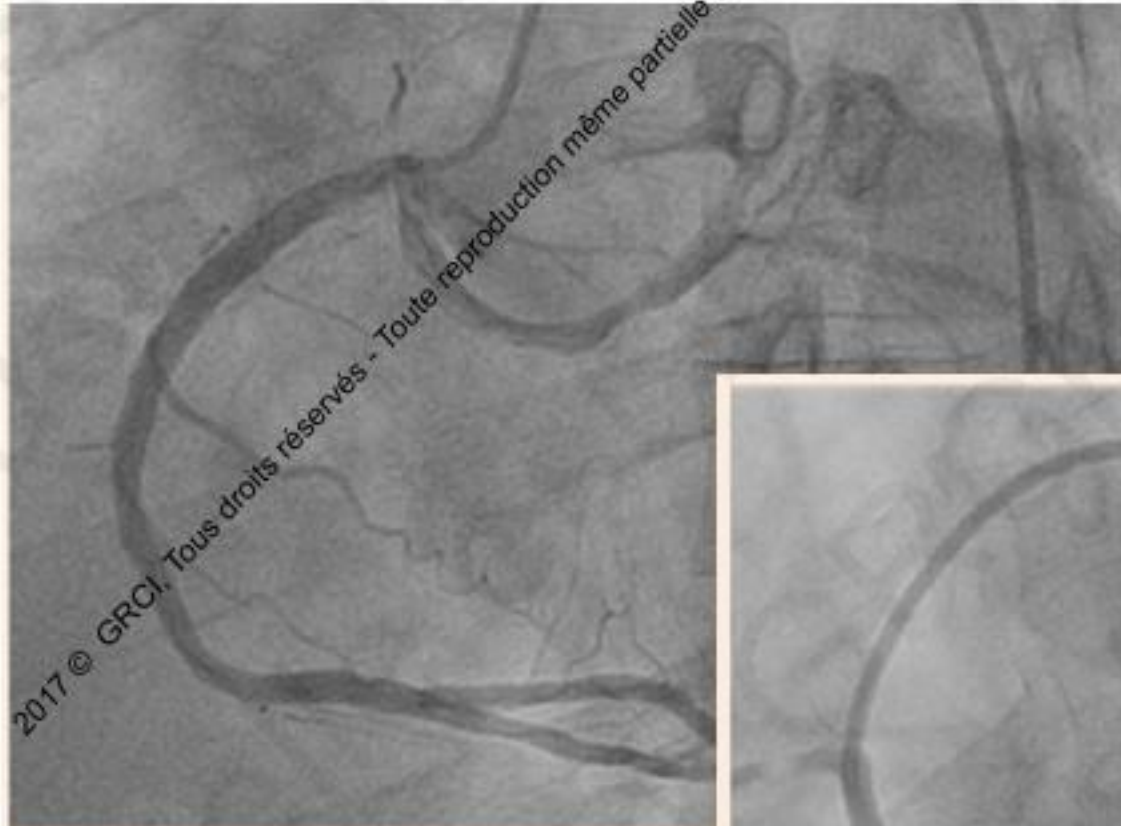
- Plusieurs cas publiés (plus de 10)
- Lésions focales monotronculaires
- Seulement 2 cas avec des lésions complexes
(occlusion chronique ou bifurcations)
- La mode de présentation: SCA le plus souvent



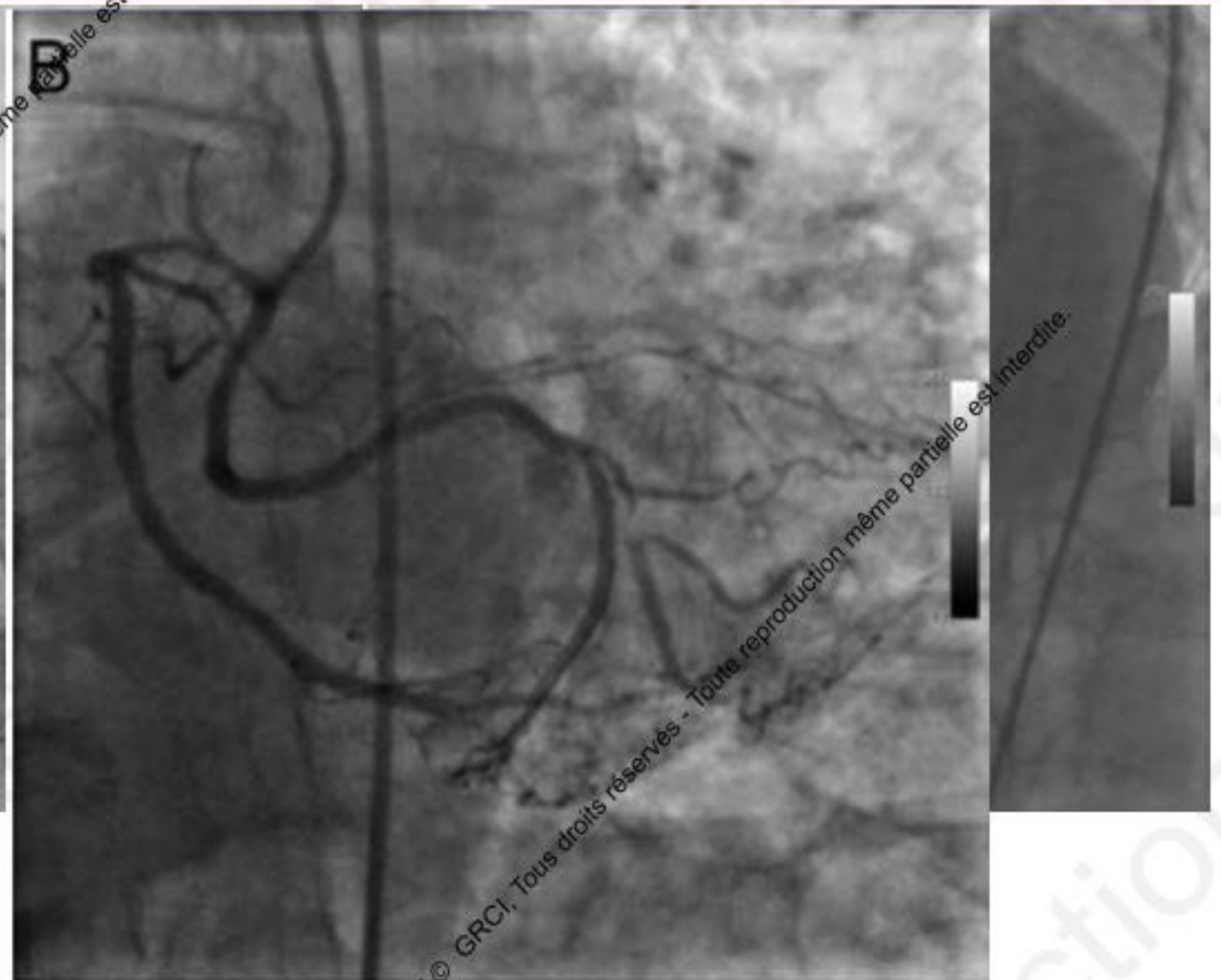


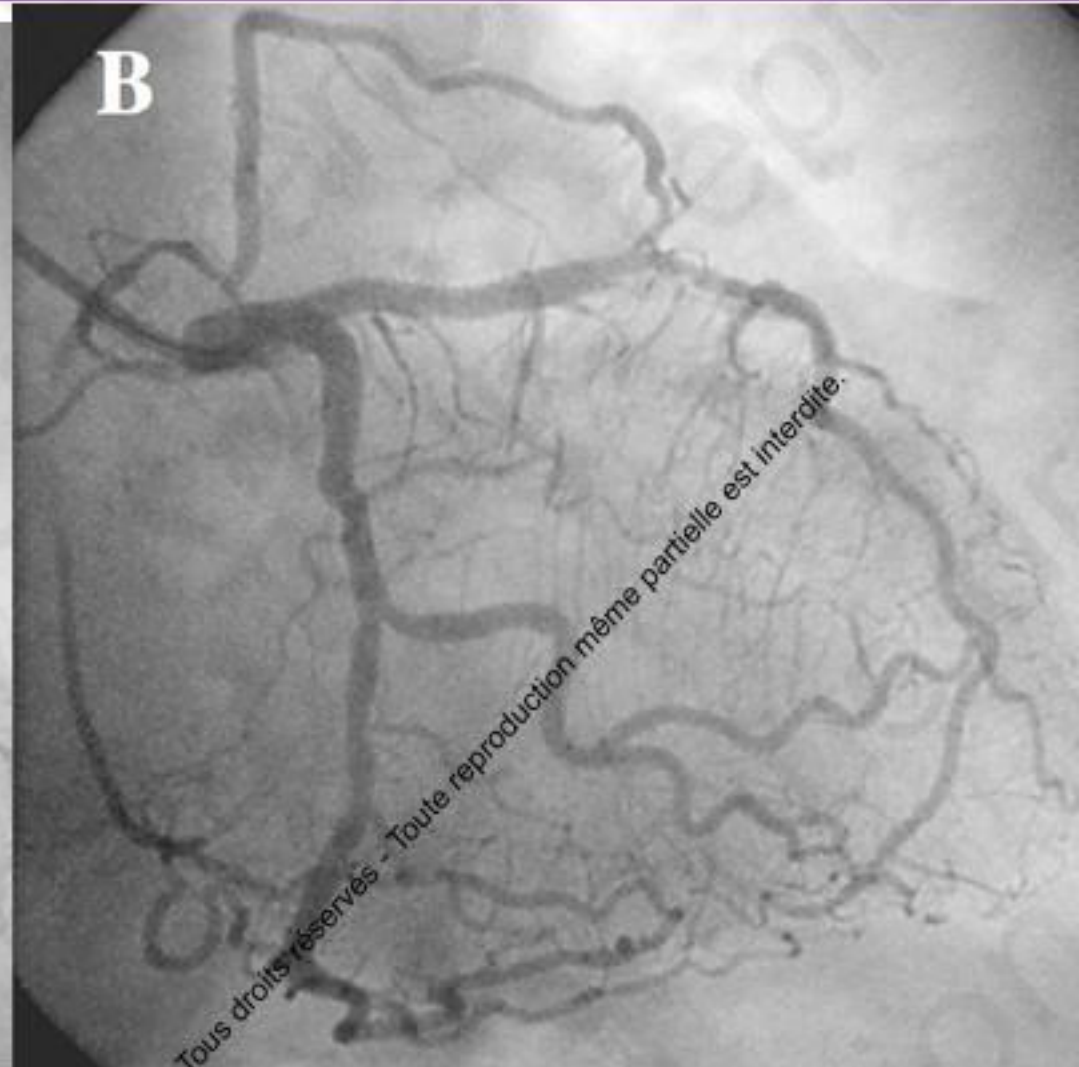
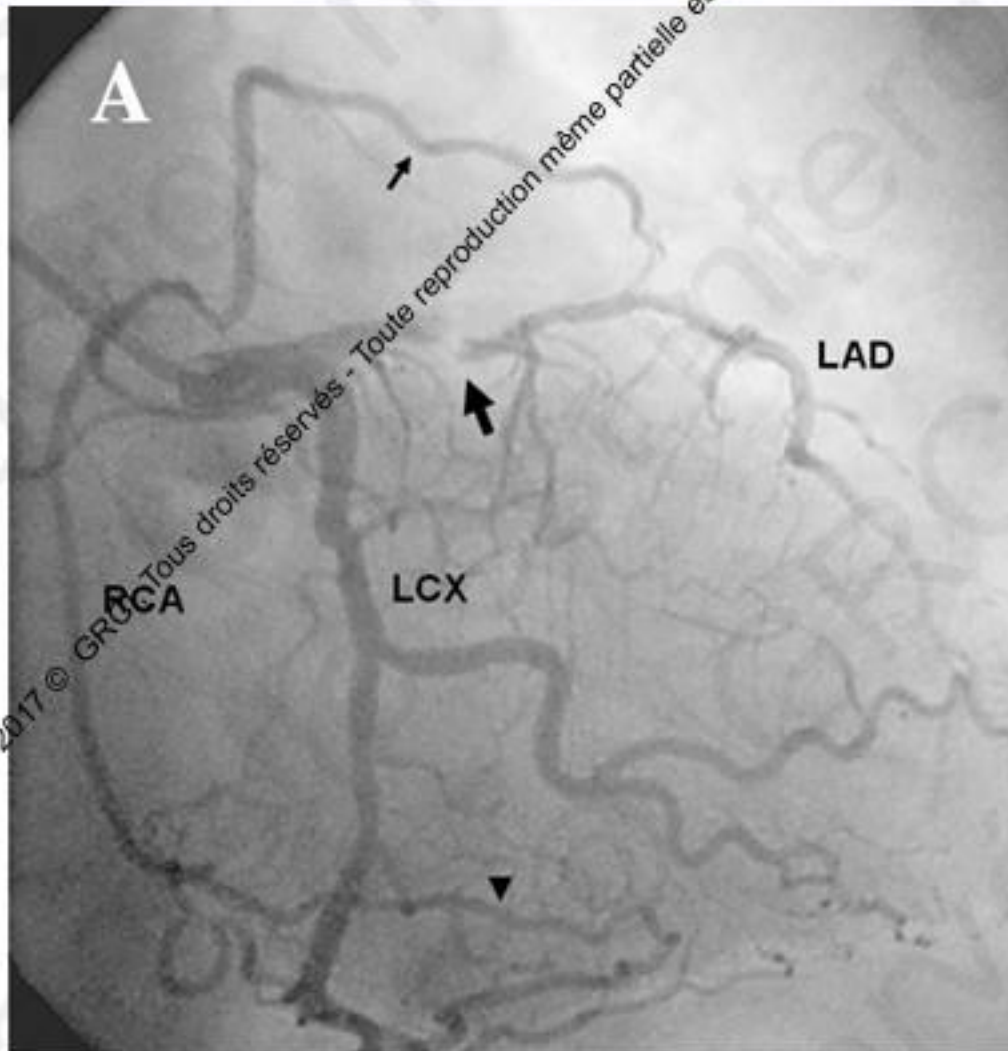
2017 © GRCI. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

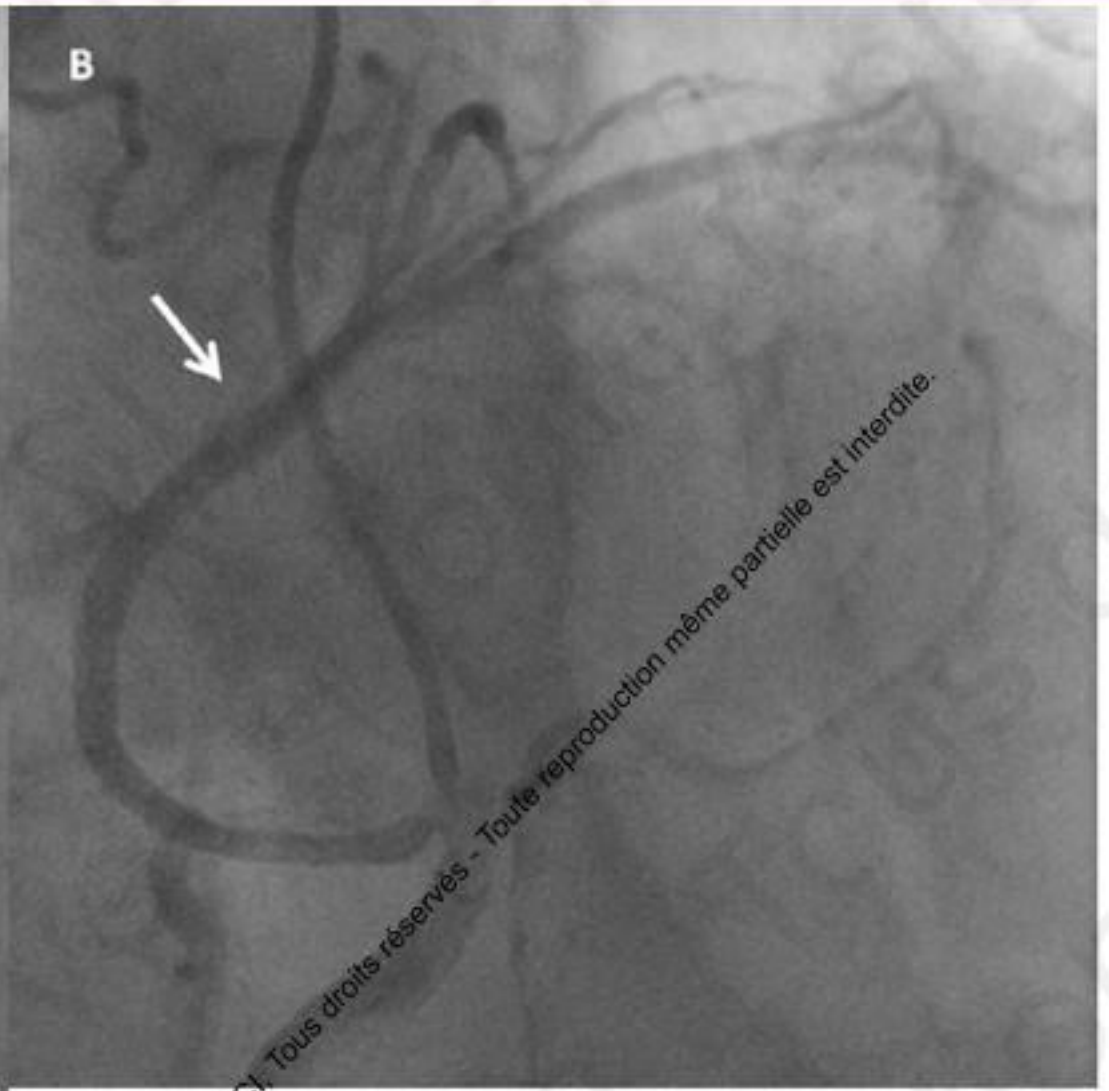
2017 © GRCI. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

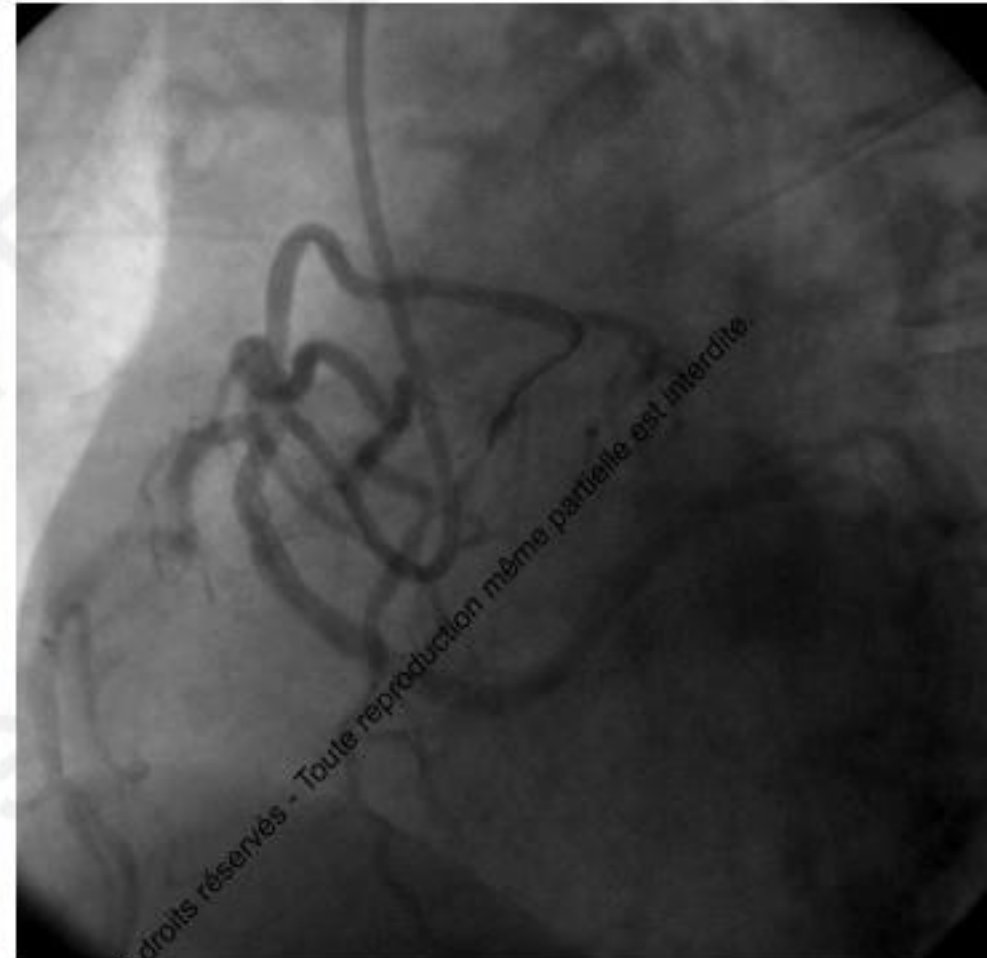
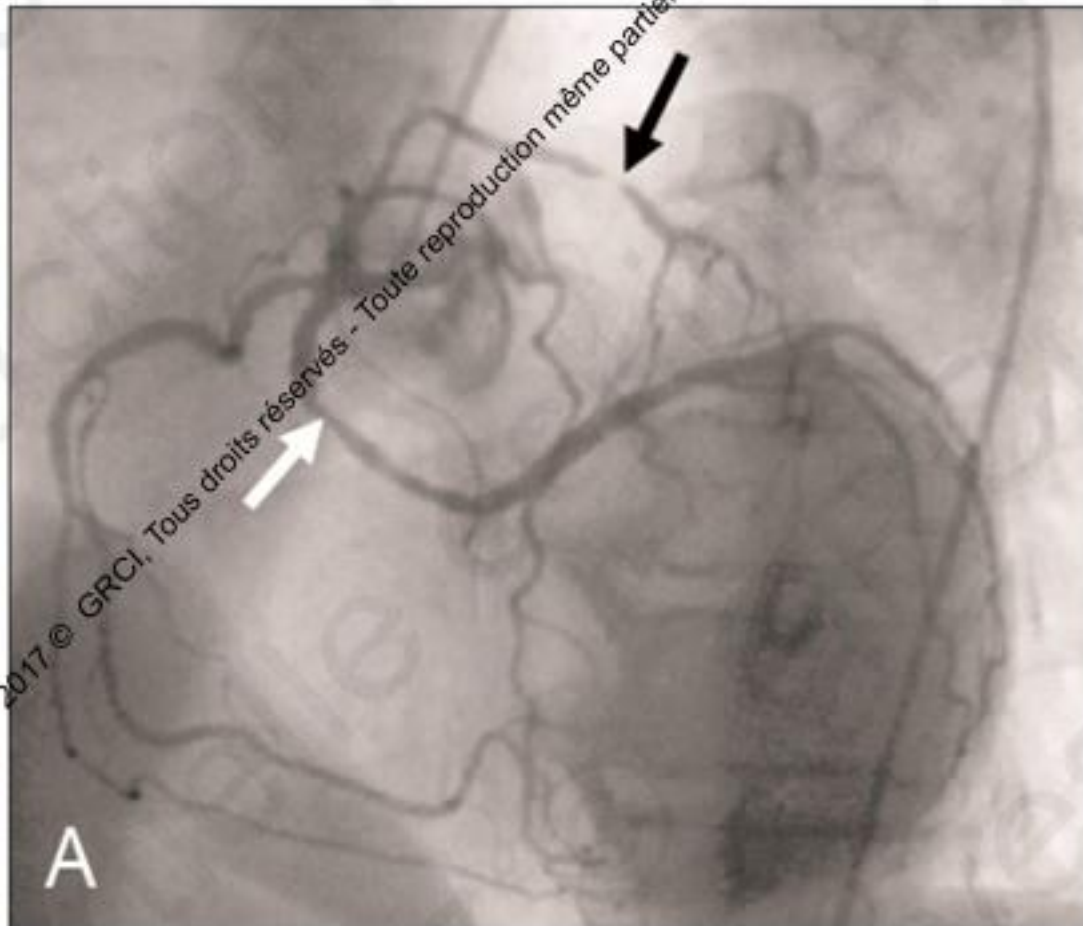


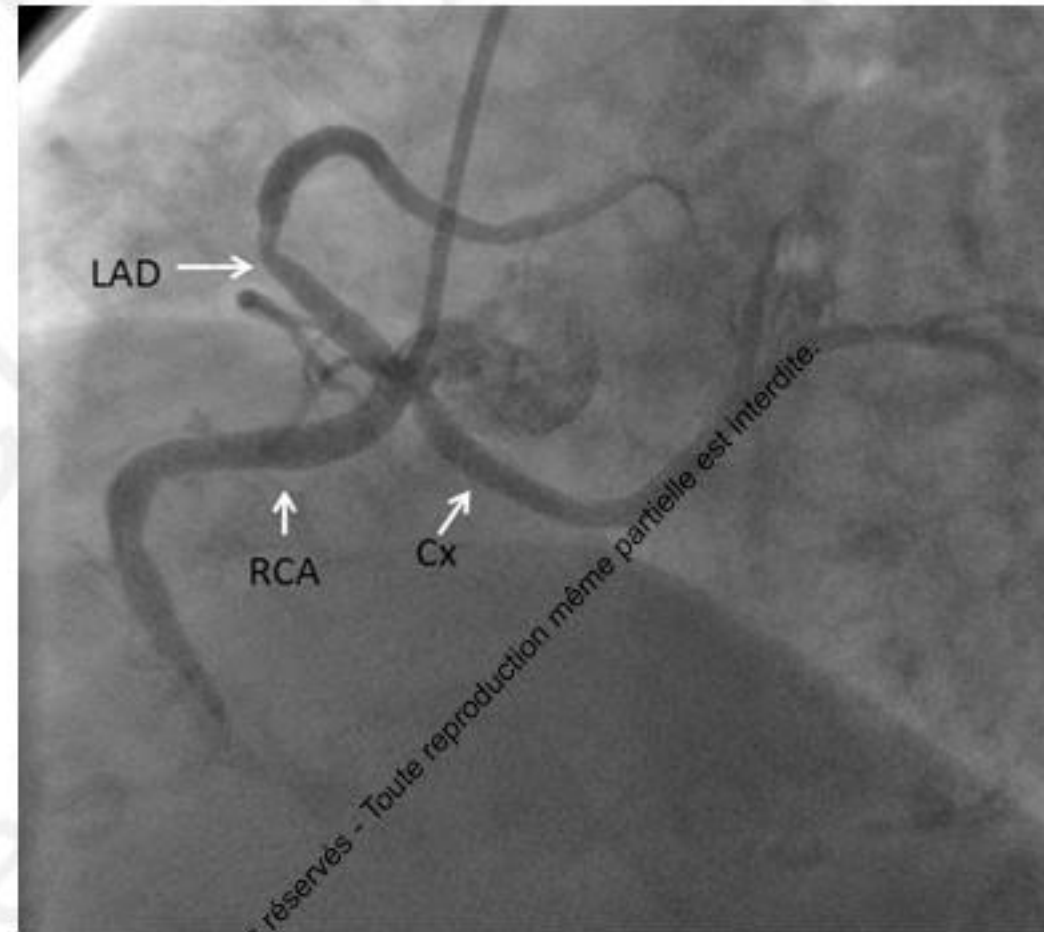
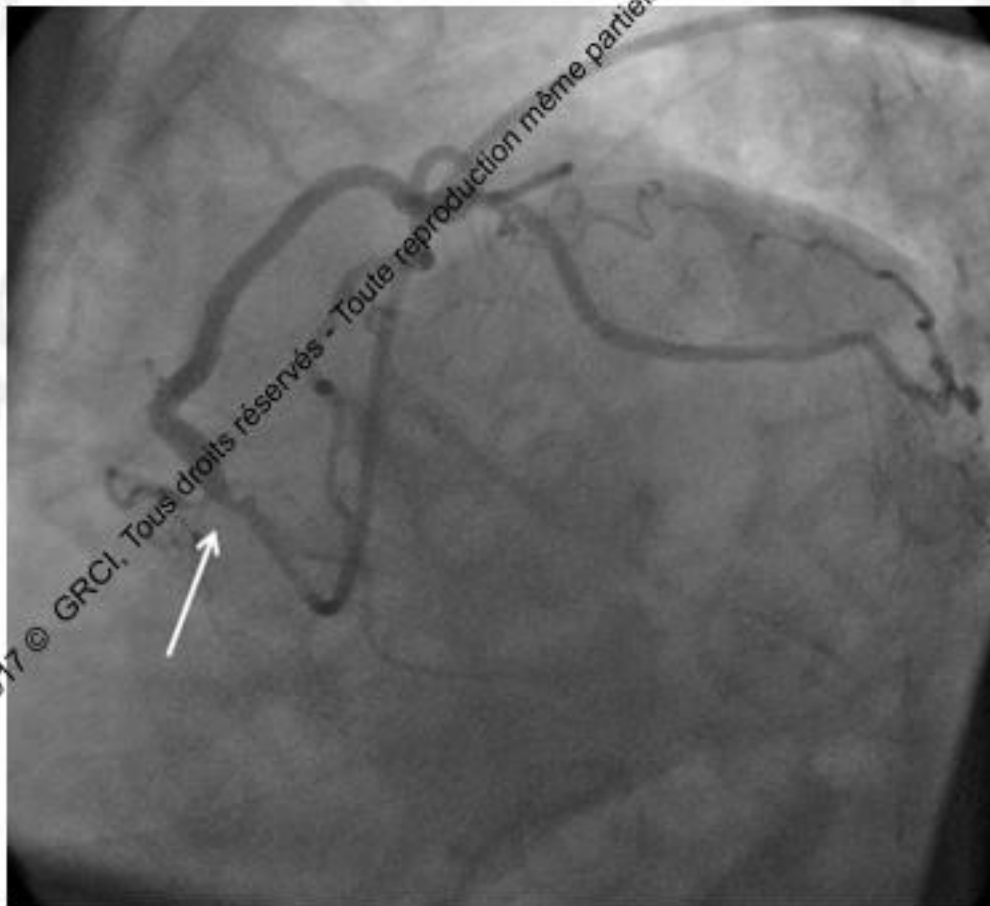
2017 © GRCI. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.











Particularités du cas

- Lésions pluritonculaires
- Lésions complexes 2 occlusions chroniques
- Contexte clinique: choc cardiogénique réfractaire nécessitant une assistance circulatoire par ECMO+ballon contre pulsion intra aortique

Revascularisation complete?

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

PCI Strategies in Patients with Acute Myocardial Infarction and Cardiogenic Shock

H. Thiele, I. Akin, M. Sandri, G. Fuernau, S. de Waha, R. Meyer-Saraei, P. Nordbeck, T. Geisler, U. Landmesser, C. Skurk, A. Fach, H. Lapp, J.J. Piek, M. Noc, T. Goslar, S.B. Felix, L.S. Maier, J. Stepinska, K. Oldroyd, P. Serpytis, G. Montalescot, O. Barthelemy, K. Huber, S. Windecker, S. Savonitto, P. Torremante, C. Vrints, S. Schneider, S. Desch, and U. Zeymer, for the **CULPRIT-SHOCK** investigators*

CONCLUSIONS

Among patients who had multivessel coronary artery disease and acute myocardial infarction with cardiogenic shock, the 30-day risk of a composite of death or severe renal failure leading to renal-replacement therapy was lower among those who initially underwent PCI of the culprit lesion only than among those who underwent immediate multivessel PCI. (Funded by the European Union 7th Framework Program and others; CULPRIT-SHOCK ClinicalTrials.gov number, NCT01927549.)

	Lésion coupable	Revascularisation complète
TIMI III après PCI	84,5%	86,7%
PCI lésion non coupable dans la foulée	43/344 (12,5%)	310/342(90,6%)
Revascularisation complète dans la foulée	26/344 (7,6%)	277/342 (81%)
Quantité contrast	190 ml	250 ml
Durée fluoroscopie /min	13	19
PCI lésion non coupable programmé	60/344 (17,4%)	8/341 (2,3)

Assistance circulatoire	Lésion coupable	Revascularisation complète
	99/344 (28,8%)	95/342 (27,8)
Ballon contre pulsion intra aortique	25/99 (25,3%)	26/95 (27,4%)
Impella 2,5	16/99 (16,2%)	18/95 (18,9%)
ECMO	18/99 (18,2)	27/95 (28,4%)
Durée USI/j	5	5
Stabilisation hémodynamique /jours	3	3

	Lésion coupable	Revascularisation complète
Le critère principal: mortalité totale + nécessité d'une hémodyalise	158/344 (45,9%)	189/341 (55,4%)
Mortalité totale	149/344 (43,3%)	176/341 (51,6%)
Récidive d'infarctus myocardique	4/344 (1,2%)	3/341 (0,9%)
Rehospit. pour décompensation cardiaque	1/344 (0,3%)	1/342 (0,3%)
AVC	12/344 (3,5%)	10/341 (2,9%)
BARC type 2,3 or 5	57/344 (16,6%)	75/341 (22,0%)

Conclusions

- Malgré l'incidence très faible des anomalies de connexion et lésions coronaires associées il y'a plusieurs cas publiés dans la littérature traités avec succès par angioplastie.
- L'assistance circulatoire par ECMO nous a permis de réaliser une revascularisation complète mais attention ⚠ à la quantité totale du produit de contraste et la durée de l'angioplastie
- Traitement d'une occlusion chronique dans un phase aigue ⚠