

Rétrécissement mitral compliqué d'un SCA avec choc cardiogénique

Dr LABIDI Oueies

Pr BOUGHZELA Essia

CHU Sahloul de Sousse_Tunisie

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 : Oueies LABIDI, Sousse

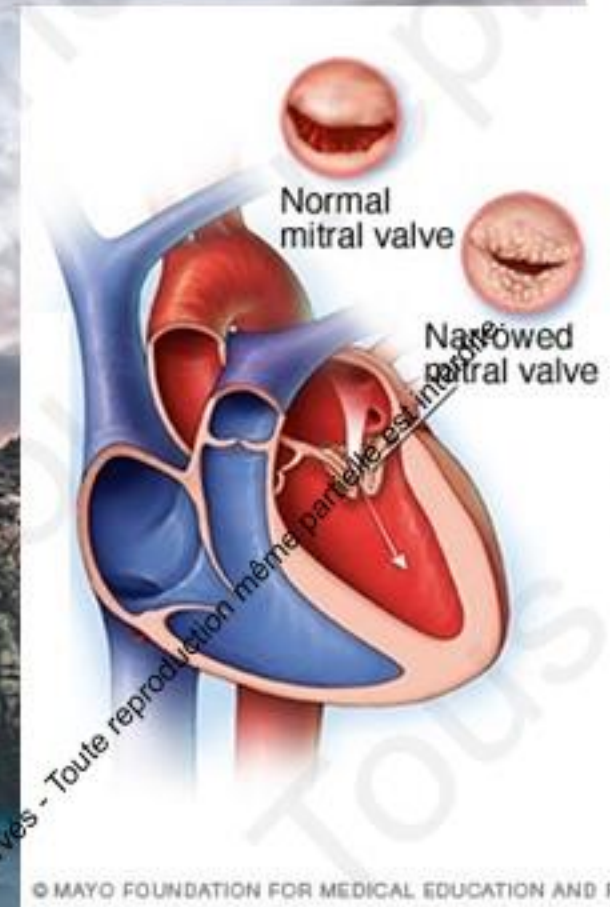
Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

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

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

“Le cœur a ses
raisons que la raison
ne connaît point.”

Blaise Pascal



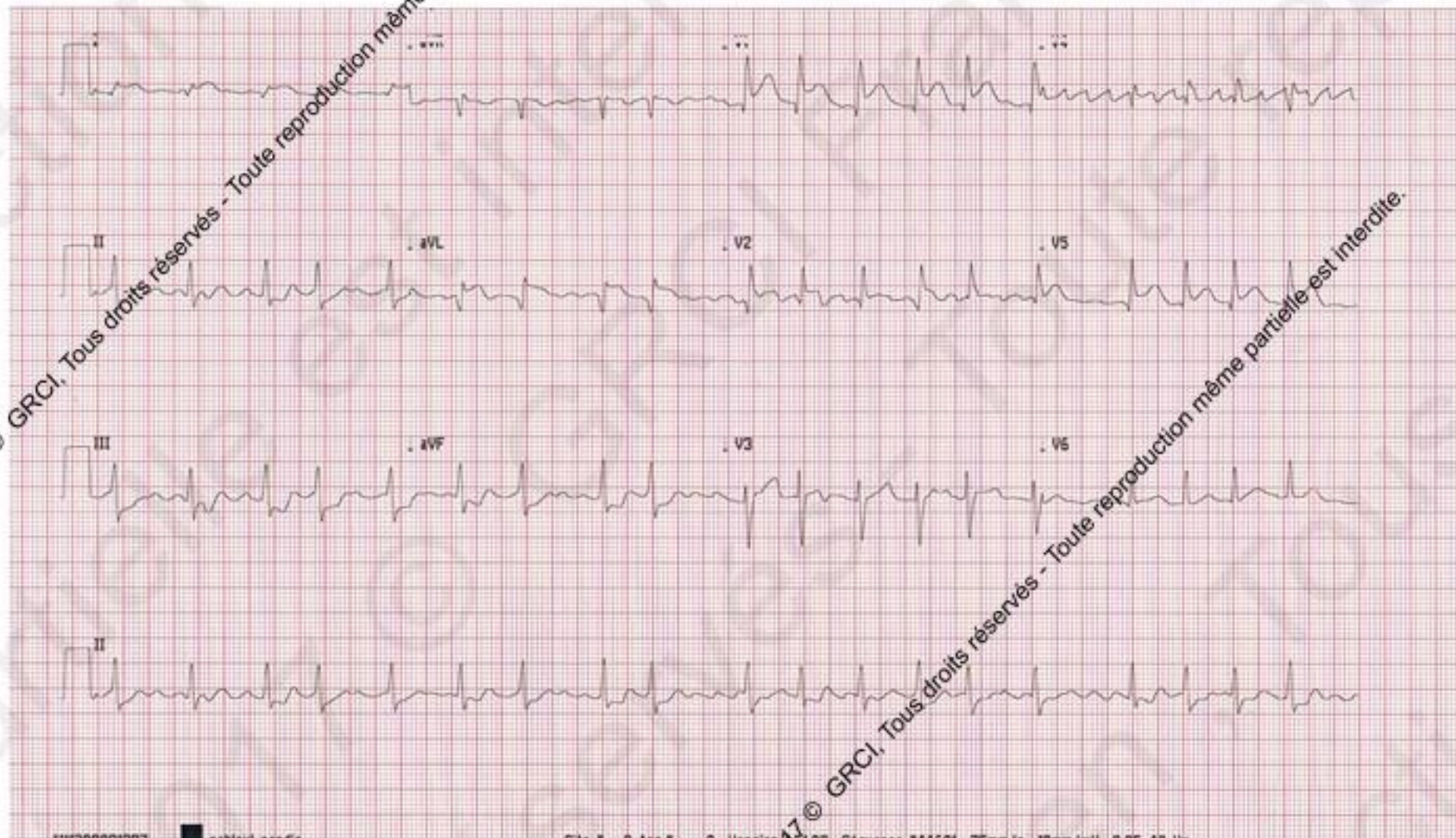
2017 © GRCI. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

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

Présentation clinique

- Mme S. S
- 29 ans, G2P2A0
- suivie pour une valvulopathie sous AVK
- Douleur thoracique rétrosternale, brutale, prolongée, au repos
- Consulte aux urgences de notre hôpital à H7, EVA: 9
- À l'examen: cœur irrégulier rapide. TA: 110 / 70, pouls irréguliers:
100 bpm, SaO₂= 95%

ECG



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

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

Diagnostic retenu: SCA ST+ en antérieur étendu

Origine de son SCA ?

- a) Embolique
- b) Atherosclérose
- c) Takotsubo
- d) Myocardite
- e) Repolarisation précoce

- Mise sous traitement anti-thrombotique: clopidogrel + aspirine + HNF
- Transférée à la salle de KT
- ETT à la salle de KT



FEVG altérée ++
RM+++

2017

coronarographie



Circulation

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence, Clinical Features, and Prognosis of Acute Myocardial Infarction Due to Coronary Artery Embolism

Table 1. Proposed NCV criteria for the clinical diagnosis of coronary artery embolism.

Major criteria

- Angiographic evidence of coronary artery embolism and thrombosis without atherosclerotic components
- Concomitant coronary artery embolization at multiple sites*
- Concomitant systemic embolization without left ventricular thrombus due to acute myocardial infarction

Minor Criteria

- < 25% stenosis on coronary angiography, except for the culprit lesion
- Evidence of an embolic source based on transthoracic echocardiography, transesophageal echocardiography, computed tomography, or magnetic resonance imaging
- Presence of embolic risk factors: atrial fibrillation, cardiomyopathy, rheumatic valve disease, prosthetic heart valve, patent foramen ovale, atrial septal defect, history of cardiac surgery, infective endocarditis, or hypercoagulable state

Definite CE

- Two or more major criteria, or
- One major criterion plus two or more minor criteria, or
- Three minor criteria

Probable CE

- One major criterion plus one minor criterion, or
- Two minor criteria

A diagnosis of CE should not be made if there is

- Pathological evidence of atherosclerotic thrombus
- History of coronary revascularization
- Coronary artery ectasia
- Plaque disruption or erosion detected by intravascular ultrasound or optic coherence tomography in the proximal part of the culprit lesion

IDM d'origine embolique = 2.9%
Fibrillation atriale = 7.5%

Que faut-il faire ?

- a) Thrombolyse in situ
- b) thrombo-aspiration
- c) stenting direct
- d) ATC par Ballon
- e) anti-GP-IIb/IIIa
- f) traitement médical optimal



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

thrombo-aspiration +++

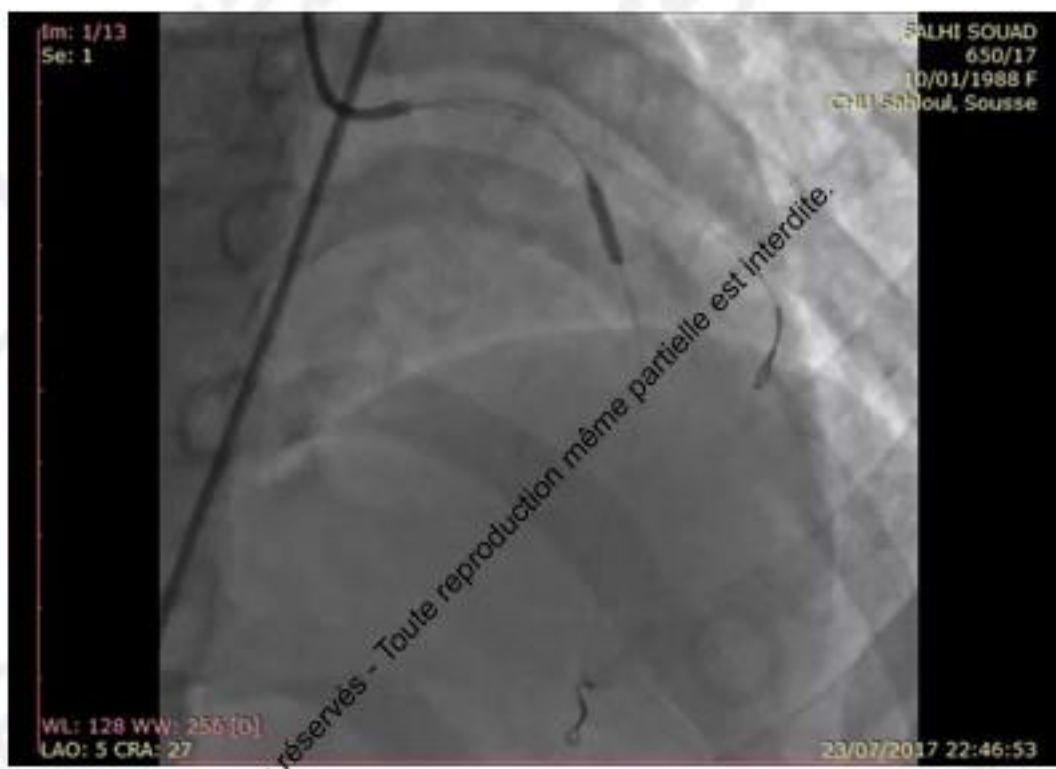
- ✓ critère dg majeur (absence de lésion après thrombo-aspiration)
- ✓ Permet une analyse anapath du thrombus

Mais limites/échec:

- Lumière du cathéter est petite/ gros thrombus
- Thrombus au niveau de la distalité des coronaires

Angioplastie au ballon

Rarement utilisation de stent (si résultat sous-optimal après thrombo-aspiration ou ATC par ballon)





2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction ou utilisation sans autorisation est interdite.

2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction ou utilisation sans autorisation est interdite.

est interdite.

■ Quel ttt anti-thrombotique ?

- a) DAPT
- b) Aspirine
- c) DAPT+AC
- d) AC seul
- e) Aucun

■ Quel ttt anticoagulant ?

- a) HNF
- b) HBPM
- c) AVK
- d) AOD



Class I

1. **Anticoagulation (vitamin K antagonist [VKA] or heparin) is indicated in patients with 1) MS and AF (paroxysmal, persistent, or permanent), or 2) MS and a prior embolic event, or 3) MS and a left atrial thrombus (309-315). (Level of Evidence: B)**

COR	LOE	Recommendations
I	B-NR	Anticoagulation with a vitamin K antagonist (<u>VKA</u>) is indicated for patients with rheumatic mitral stenosis (MS) and AF (34,35).

2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease

In patients in sinus rhythm, oral anticoagulation is indicated when there has been a history of systemic embolism or a thrombus is present in the LA (recommendation class I, level of evidence C) and should also be considered when TOE shows dense spontaneous echocardiographic contrast or an enlarged LA (M-mode diameter >50 mm or LA volume >60 mL/m²) (recommendation class IIa, level of evidence C). Patients with moderate to severe mitral stenosis and persistent atrial fibrillation should be kept on vitamin K antagonist (VKA) treatment and not receive NOACs.

III	C
------------	----------

2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

- Transfert enUSIC: TA: 95/ 65 , Fc: 110 bpm
- HNF 200 mg/24h → TCK 70 sec / (T: 32 sec)
- Pas de statine, ni IEC ni BB ni AVK pour le moment !
- Bilan:
 - Hb: 12,3 g/dl , trop: **67 235** ng,
 - **INR= 1,3** (ttt AC arrêté/ menstruations abondantes!!!)
 - Créat: 75 μ mol/l --- cl: 84
 - GDS: pH: 7,37, PaO₂ (AA): 80, HCO₃⁻ : 25 mmol/l
 - Lactate: 2,4

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

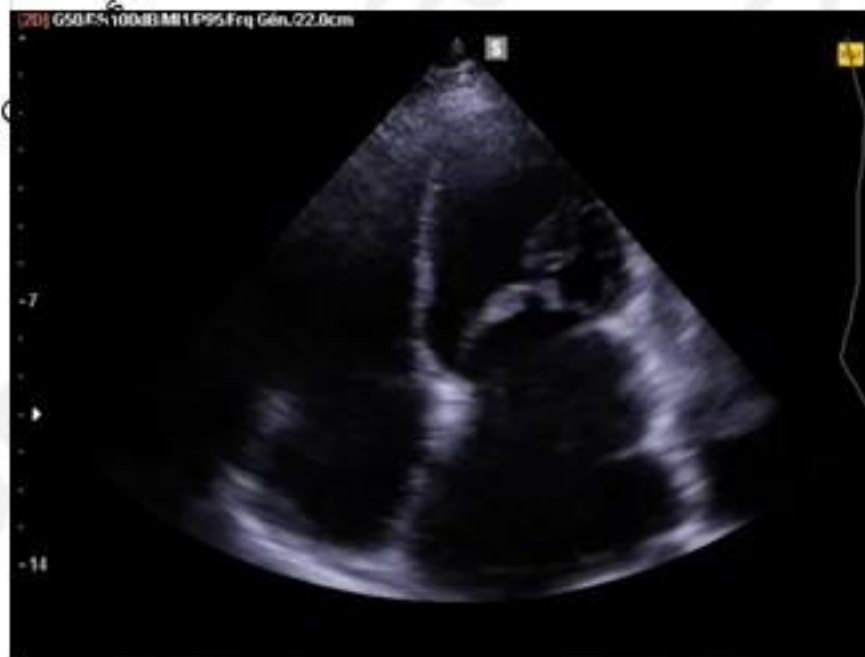
- **6 heures** après: TA: 80 / 50, Fc: 140 bpm SaO2: 94%

→ choc cardiogénique !

→ dobutamine 10 μ + Noradrénaline 2mg/h

TA: 100/70; FA à 170 bpm ; **Lactate : 6**

- **ETT:**

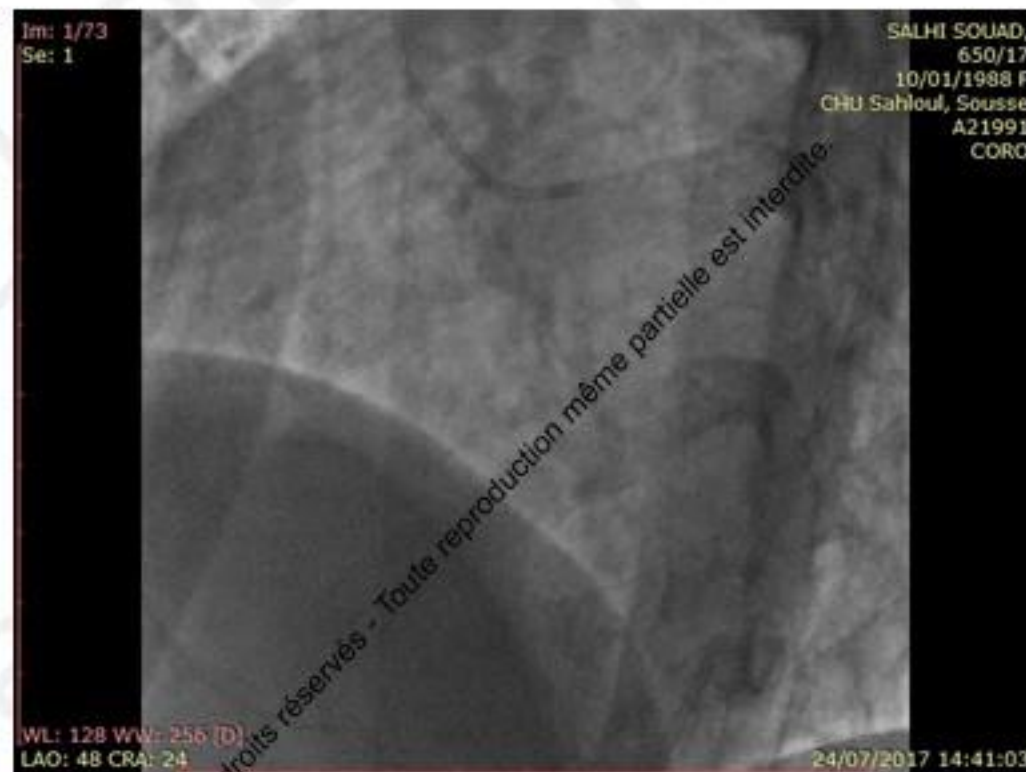


- Faut-il reconstruire le réseau coronaire ?
- Faut-il ralentir/ réduire ?
- Quel support pharmacologique adapté à cette situation?
- Qu'en est-il de l'assistance circulatoire mécanique ?
- Faut-il une DMPC en urgence?

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

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

Contrôle du réseau coronaire



Ralentir / Réduire

- Accident embolique !!
- Oreillettes très dilatées (échec !)

→ Décision de **réduction**

ETO: absence de thrombus; IM grade II

Échec de 2 tentatives de réduction par CEE

Ralentissement par amiodarone (FC: 130 bpm)

Support pharmacologique

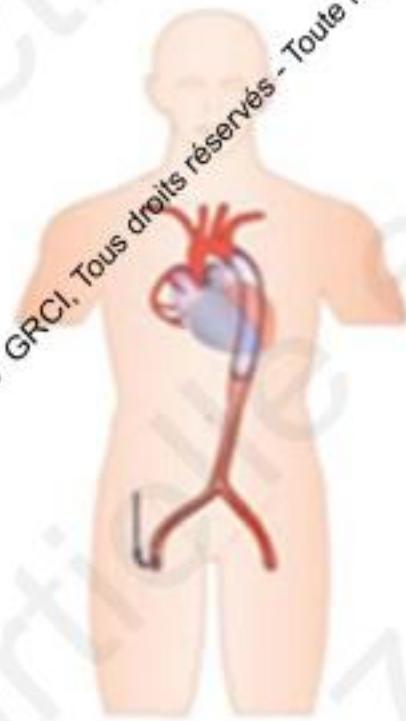
- Une précharge du VG très réduite !
- Une altération du VG ++ !!
- Dobutamine (FC ↑; TA: ↓)

Dobutamine arrêtée après H24
Noradrénaline 3 mg/h

FC → 110 bpm ; TA: 100/65;

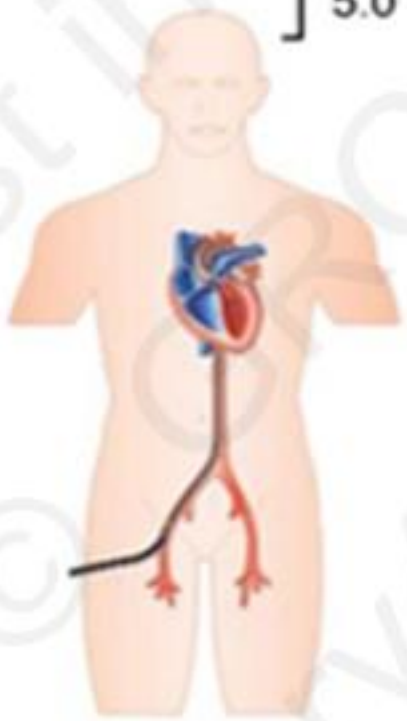
Qu'en est-il de l'assistance circulatoire mécanique ?

IABP

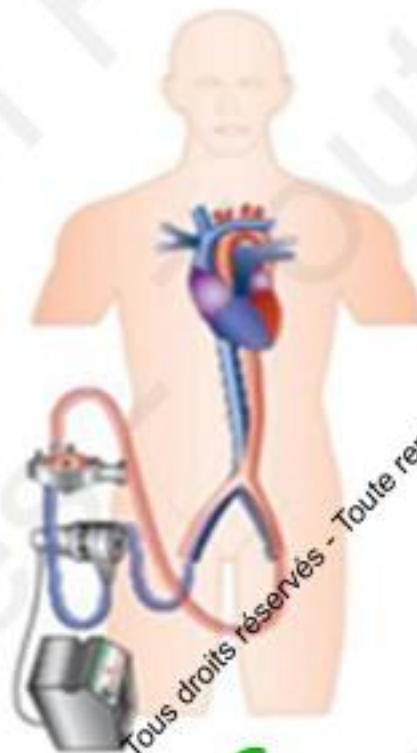


Impella

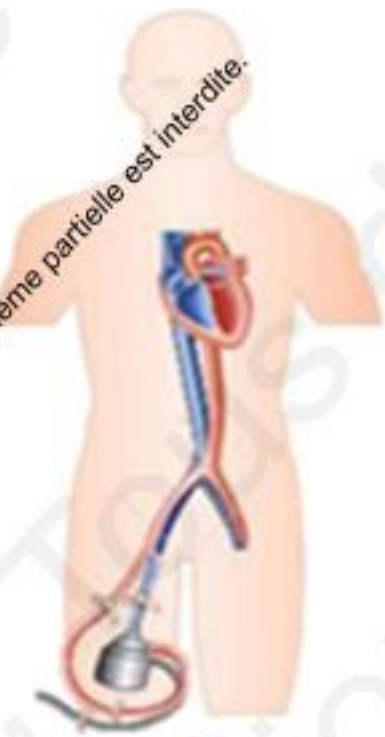
2.5
3.5
5.0



ECLS
(ECMO)



Tandem Heart



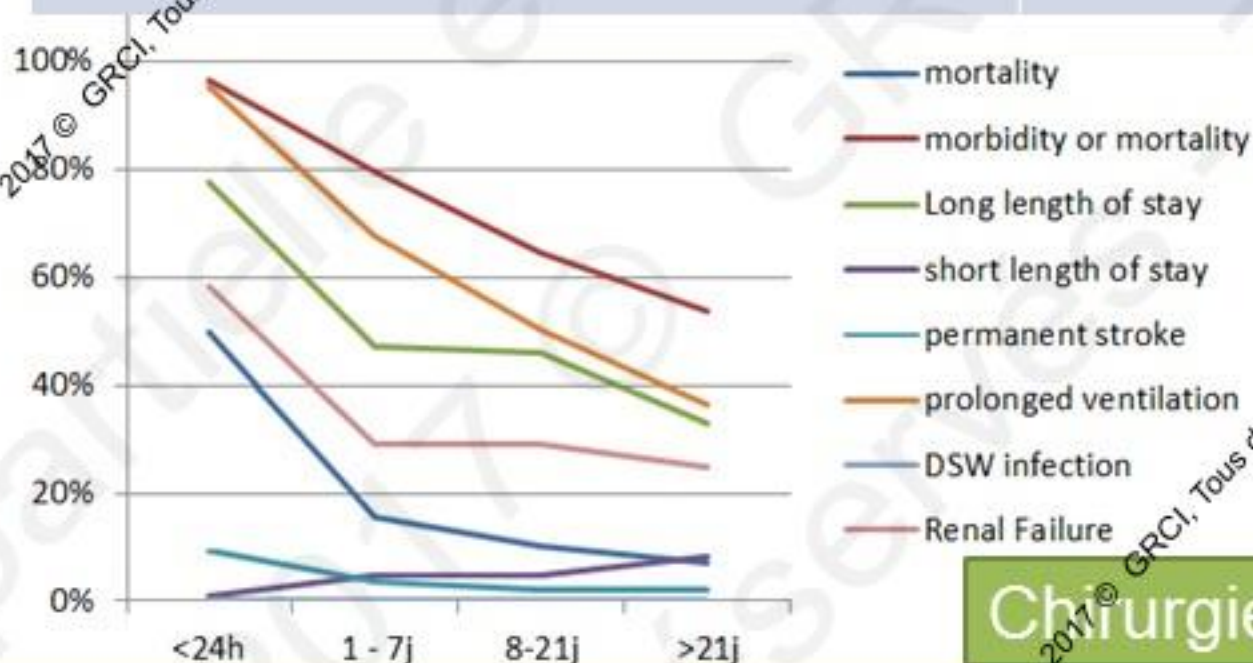
Faut-il une DMPC en urgence?

DMPC

- IM significative
- décompenser le VG !! ++
(précharge ↑↑ brutalement)

chirurgie

- Morbidité et Mortalité +++
- Euroscore II
- STS score



Euroscore II :

7,22 % (chirurgie < 3mois)

1,34 % (chirurgie > 3mois)

STS score:

j1 : 49,7%

J21: 7,18

Chirurgie électorale après 3 mois

H48: Fc à 100 bpm , NAD: 2mg/h, lactate : 2,1
H72: Fc 75 bpm, sevrage du NAD, lactate: 1,2
H96: premier lever

Sortie de l'hôpital à j15

ETT: FE 41%

- Sintrom 3mg/j (INR= 3,4)
- Bisoprolol 2,5 mg/j
- Ramipril 2,5mg/j
- Spironolactone 25mg/j

RVM 3 mois après



conclusion

- Endémie rhumatismale même si incidence en diminution
- FA : embolies systémiques : assez fréquentes / **atteinte coronaire reste rare.**
- Embolies coronaires sur RM: graves +++.
- Education des patients concernant le traitement anti-coagulant
- **thrombo-aspiration**
- La survenue de **choc cardiogénique sur un RM en FA** est une situation **très difficile** à gérer.
- Importance de la **revascularisation précoce** dans le CC-IDM
- La DMPC en urgence est envisageable mais peut aggraver la situation.