

# LORSQUE TOUT DEVIENT « *CAILLOTIQUE* »....

Marie-Jeanne Bertrand, Luc Aguirre, Yves Banus, Erwan  
Bressollette, Bernard Leurent, 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.

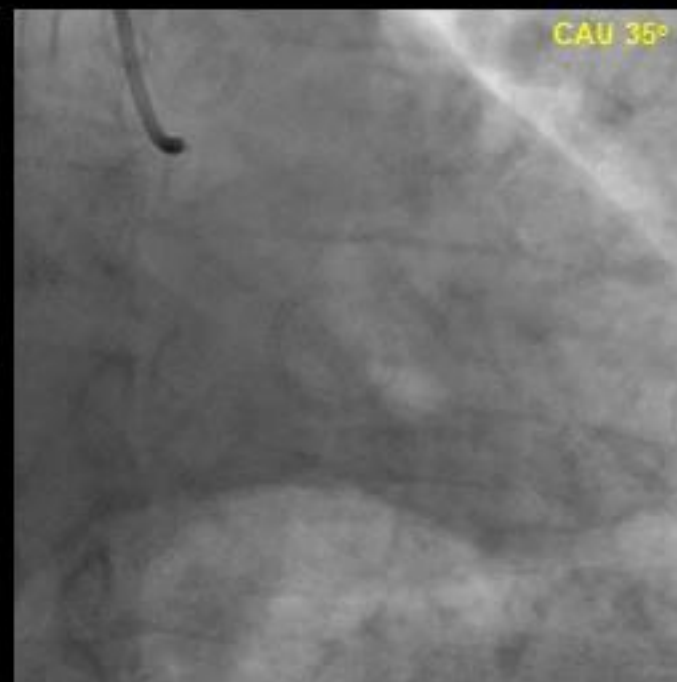
2017 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

## Cas clinique

- ♂ 56 ans, admis pour **IAMEST inféro-postérieur K1**
- **ATCD médicaux**
  - dyslipidémie non traitée
  - tabagisme actif
  - père avec MCAS à 50 ans
- Douleurs thoraciques typiques prolongées motivant l'appel du SAMU
- ECG: sus-décalage ST dans les territoires inférieur et postérieur
- Traitements: bivalirudine, bolus Prasugrel et aspirine
- Transféré des urgences pour coronarographie d'urgence (2h suivant le début des douleurs thoraciques)



interdite.



### Maladie pluritronculaire

- Sténose intermédiaire ulcérée IVA moyenne
- Sténose sévère 1<sup>e</sup> diagonale
- Sténos critique Cx proximale et Marginale principale
- Sténose sévère bissectrice
- Sténose critique IVP ostial

**Culprit ► artères circonflexe et marginale principale**

## 1. Prédilatation Cx-Marginale



### Stratégie d'intervention

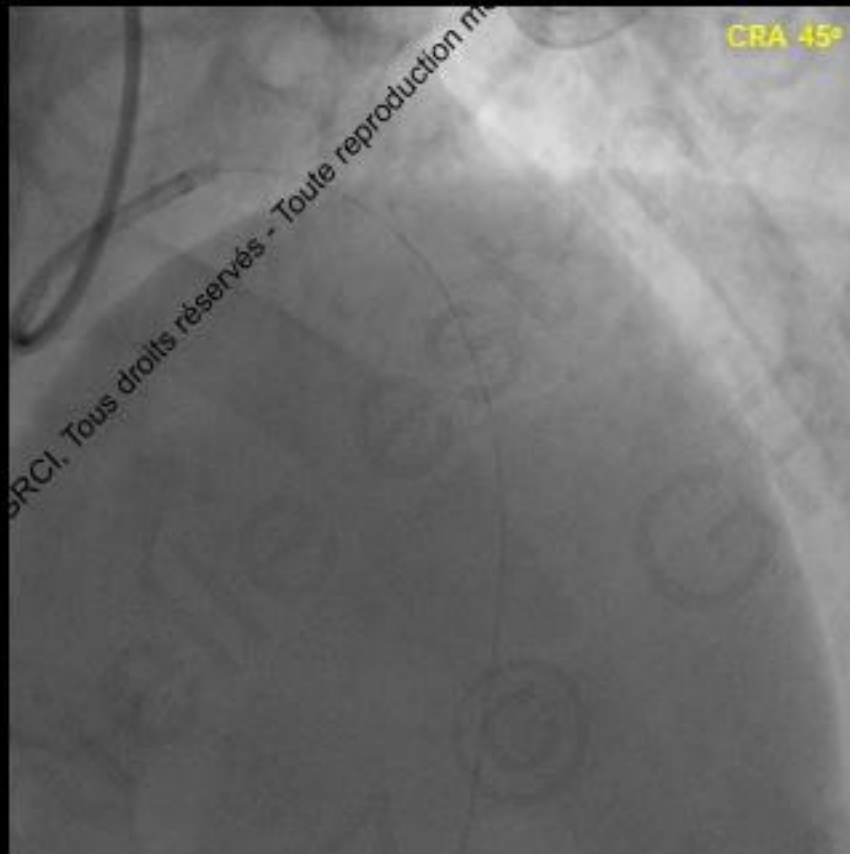
- ARD – EBU 3.5 6F
- Guide BMW
- Prédilatation avec ballon 2.5 x 20 mm @ 12 ATM

## 2. Thrombose de l'IVA proximale...



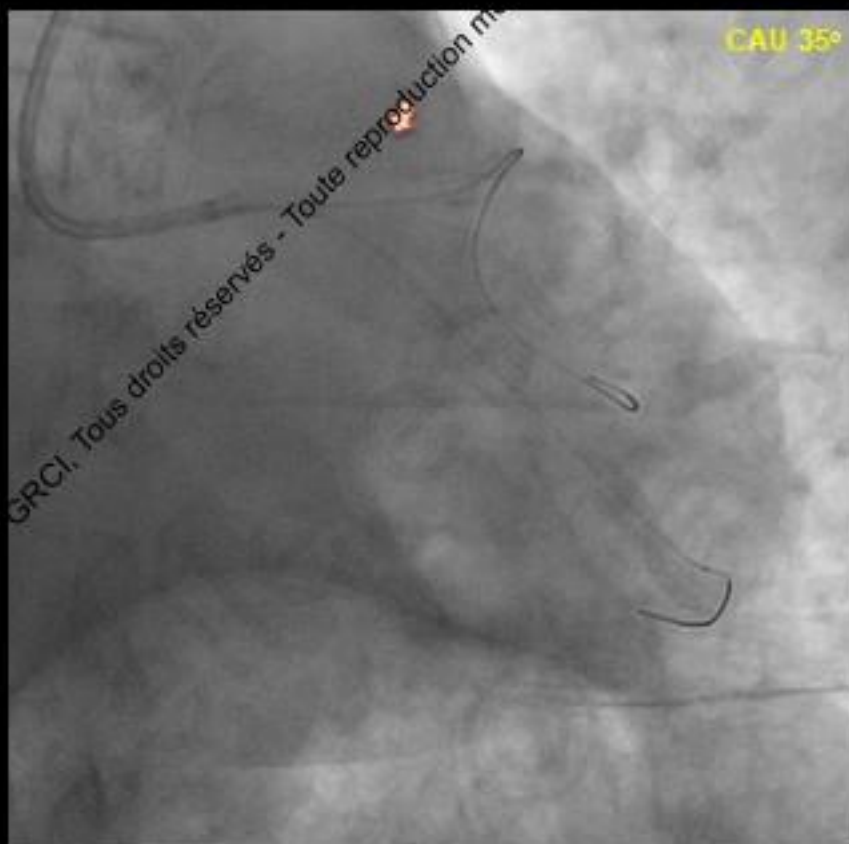
**Décision de procéder immédiatement à la recanalisation de l'IVA proximale avec guide de la Cx**

### 3. Angioplastie IVA moyenne





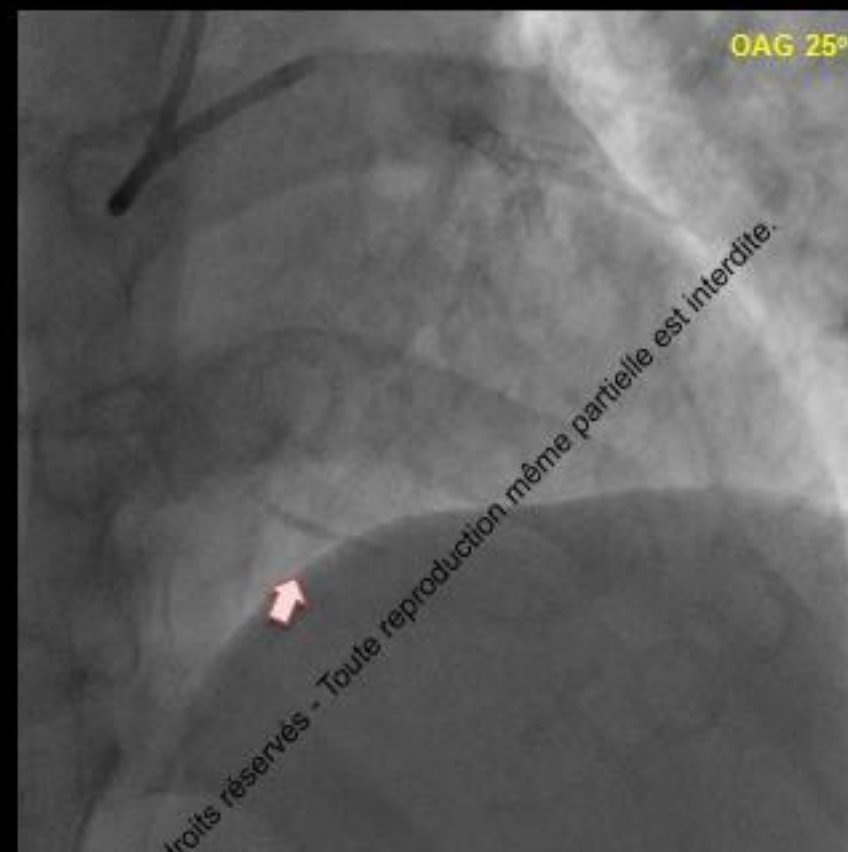
#### 4. Angioplastie IVA proximale et Cx-Marg



##### Stratégie d'intervention

- Cx-Marg: stent actif 2.5 x 24 mm @ 18 ATM
- IVA prox: stent actif 3.5 x 13 mm @ 18 ATM
- Lésion résiduelle bissectrice non adressée

#### Au contrôle angiographique...



**Apparition de collatérales provenant de la coronaire droite!!**

Occlusion aiguë de la  
coronaire droite

5. Angioplastie CD



Stratégie d'intervention

- Prédilatation CD I avec ballon 2.5 x 20 mm @ 10 ATM
- Dissection extensive après prédilatation avec flot TIMI 2
- Implantation 3 stents actifs CD I-III (3.5 x 28 mm, 3.5 x 19 mm, 3.0 x 30 mm) et DES x 1 IVP (2.5 x 30 mm)

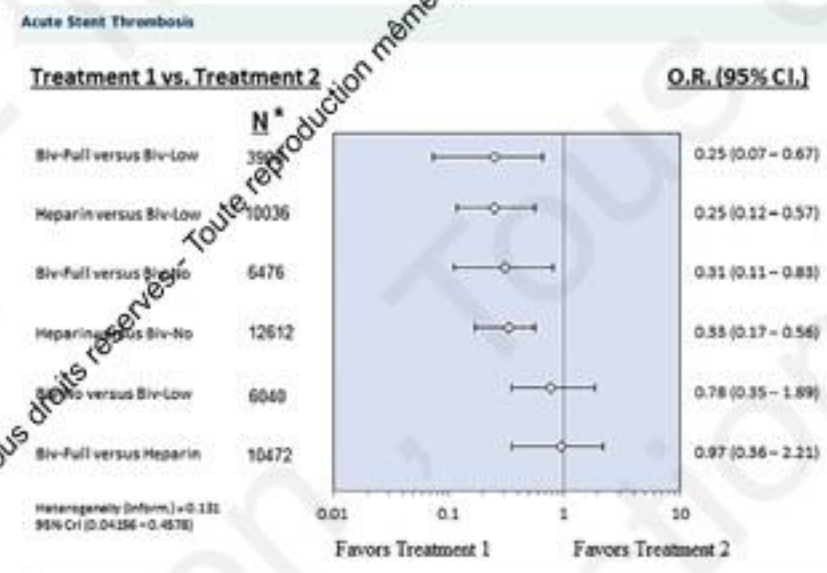


## CAS CLINIQUE

- **Excellente évolution clinique**
  - Pcc hs-TnT: **635 ng/L**
- **ETT** : FeVG 60%, hypokinésie inféro-latéro-médiane, IM 2/4, absence de dissection aortique, péricarde sec
- **Bilan lipidique** : cholestérol total **3 g/l**, LDL-C **2.15 g/l**, TG **1.34 g/l**, apo B **1.59 g/l**
- **Hypercholestérolémie familiale probable** – inhibiteurs PCSK9 (étude FOURIER)
- **Traitement de sortie**:
  - DAPT : aspirine 75 mg OD, Prasugrel 10 mg OD
  - IECA, BB, statine, nitropatch

## THROMBOSE AIGUË DE STENT SOUS BIVALIRUDINE

- Cas répertoriés de thrombose aiguë de stents
- Possiblement lié à la courte demi-vie de l'anticoagulant et d'une activation rapide de la thrombine avant inhibition plaquettaire complète
- La dose utilisée et la durée de la perfusion semblent être liées à l'incidence de thrombose de stents
  - Incidence de thrombose de stents 2x plus élevées par comparaison à l'héparine NF
  - Absence de thrombose lorsque la bivalirudine est poursuivie à pleine dose au-delà de l'angioplastie (1.75 mg/kg/h) vs faible dose (0.25 mg/kg/h) et arrêt de la perfusion à la fin de l'ATC
  - Bénéfice de la bivalirudine chez les patients à haut risque de saignements





## POINTS À RETENIR

- En présence de thrombose aiguë d'une coronaire ou d'un stent:
  - Valider le mécanisme de thrombose, s'il y a lieu
  - Contrôler le TCA – viser entre 250-300 s
  - Compléter rapidement une dose **d'héparine NF** (70-100 UI/kg) ET
  - Si absence de contre-indications, ajouter un inhibiteur **GpIIb/IIIa**
  - Substituer l'antiplaquettaire avec un autre agent plus puissant (P2Y12)
  - Dans le cas de la **bivalirudine**, s'assurer d'administrer la bonne dose et de poursuivre la perfusion au-delà de l'ATC\*

### Recommandation ESC 2017

Anticoagulant therapy		
Anticoagulation is recommended for all patients in addition to antiplatelet therapy during primary PCI.	I	C
Routine use of UFH is recommended.	I	C
In patients with heparin-induced thrombocytopenia, bivalirudin is recommended as the anticoagulant agent during primary PCI.	I	C
Routine use of enoxaparin i.v. should be considered. <sup>200-202</sup>	IIa	A
Routine use of bivalirudin should be considered. <sup>209,215</sup>	IIa	A