

Fermeture percutanée de CIA par la veine jugulaire interne



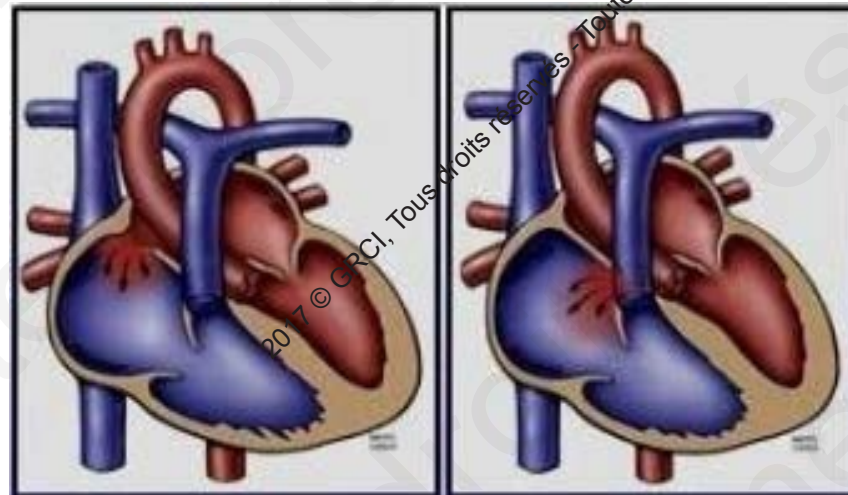
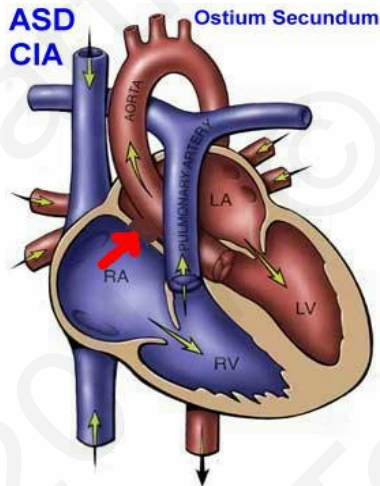
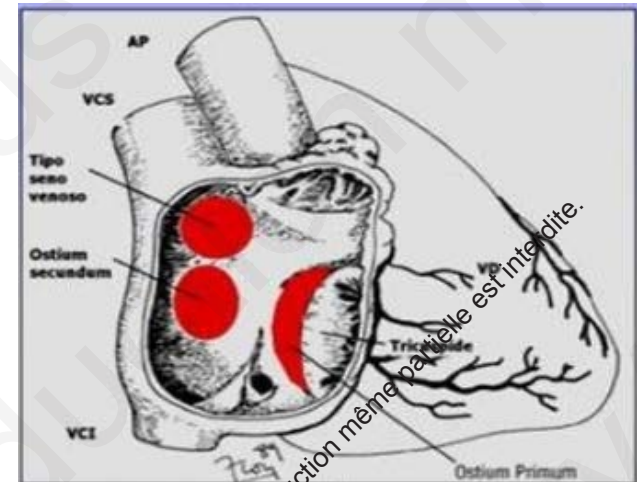
Nassime ZAOUI, Malika SADOOR,
Tarik MOKRAB, Djamel CHEREF
EHS DraaBenKhedda Algérie

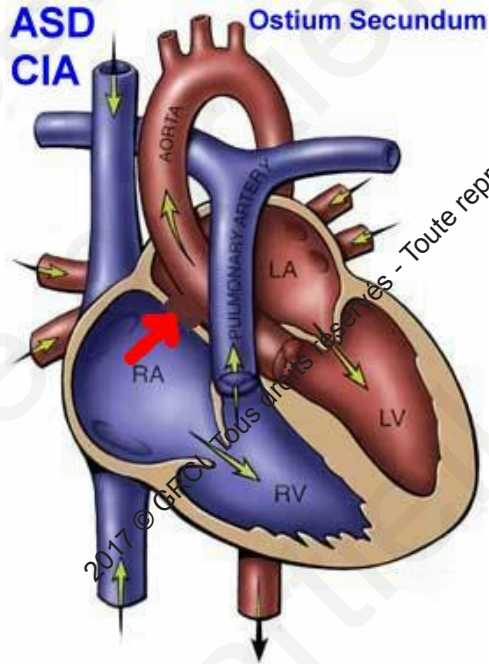
DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Intervenant : Nassime ZAOUÏ, DBK-TiziOuzou

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

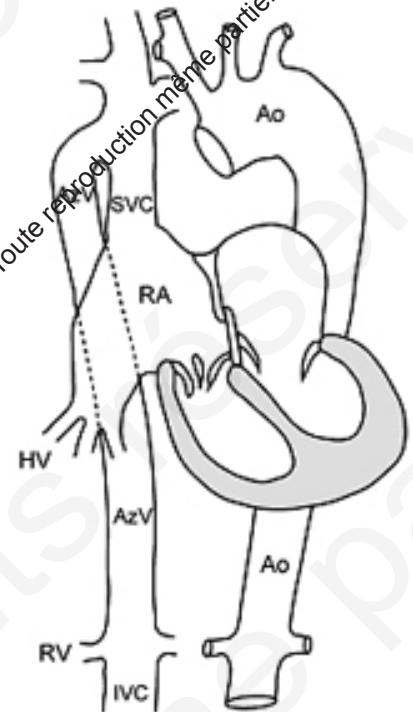
- La plus Fr cardiopathie congénitale
- 56 à 100 cas par 100 000 naissance
- 3 types: Ostium primum (20-35%), ostium secundum (50-70%) et sinus venosus- sinus coronaire (10-15%)
- OS fermeture percutanée dans 90% (1976).





Son association a une interruption de la VCI avec retour azygos est rare (<0.1/1000) rend l'accès fémoral impossible.

La veine jugulaire interne peut-être une alternative dans ces situations.



Histoire naturelle

Passion Communication Education

CIA OP et SV

- Shunt significatif
- Pas de réduction de taille ou fermeture spontanée possible
- Fermeture chirurgicale

CIA OS

- Significativité variable (taille du defect)
- Peut diminuer voir se fermer spontanément:
 - < 4mm: 70% dim, 10% stable, 20% augm
 - 8-12 mm: 10% dim, 20% stable et 70% augm

Table 3 Indications for intervention in atrial septal defect

Indications	Class ^a	Level ^b
Patients with significant shunt (signs of RV volume overload) and PVR < 5 WU should undergo ASD closure regardless of symptoms	I	B ^{2a}
Device closure is the method of choice for secundum ASD closure when applicable	I	C
All ASDs regardless of size in patients with suspicion of paradoxical embolism (exclusion of other causes) should be considered for intervention	IIa	C
Patients with PVR ≥ 5 WU but < 2/3 SVR or PAP < 2/3 systemic pressure (baseline or when challenged with vasodilators, preferably nitric oxide, or after targeted PAH therapy) and evidence of net L-R shunt (Qp:Qs > 1.5) may be considered for intervention	IIb	C
ASD closure must be avoided in patients with Eisenmenger physiology	III	C

Date de fermeture:

Idéalement 3-5 ans

Usuellement 25 ans

Reste indiquée même chez le sujet âgé



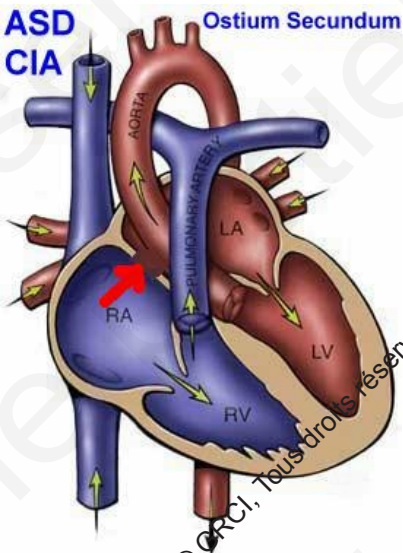
European Heart Journal
doi:10.1093/eurh/ehq249

ESC GUIDELINES

ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010)

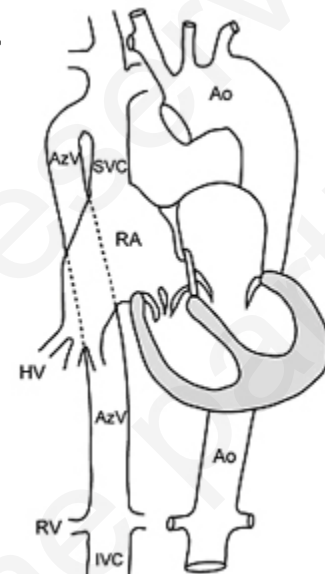
The Task Force on the Management of Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by the Association for European Paediatric Cardiology (AEPC)



- CIA OS plus Fr cardiopathie congénitale (56 à 60/100000 naissance).
- Fermeture percutanée dans 90% (1976).

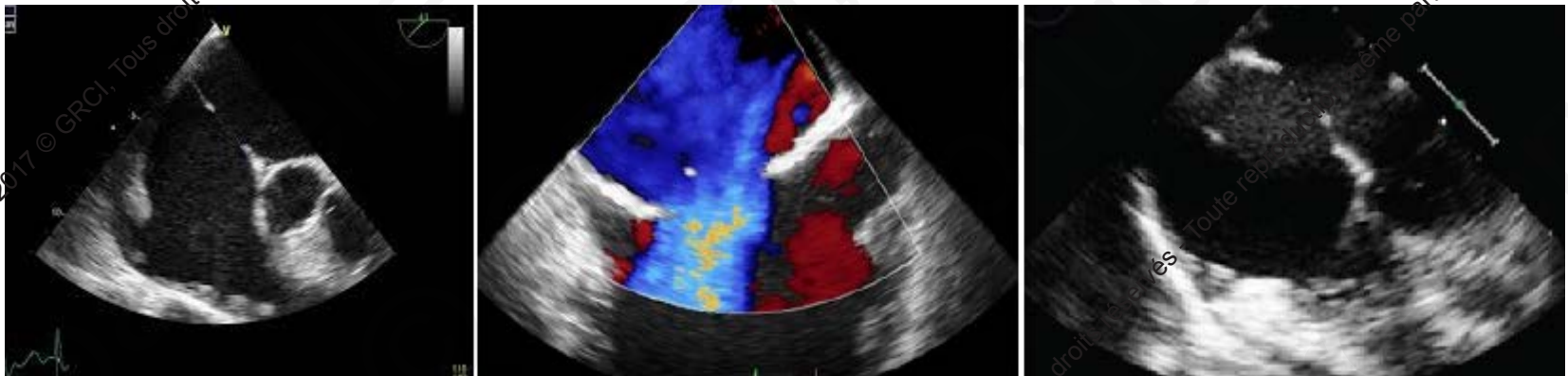
- Son association a une interruption de la VCI avec retour azygos est rare (<0.1/1000) rend l'accès fémoral impossible.
- La veine jugulaire interne peut-être une alternative dans ces situations.



Cas clinique

Passion Communication Education

- Patiente âgée de 32 ans avec désir de grossesse.
- Suivie pour souffle cardiaque connu depuis l'âge de 13 ans.
- CIA OS de 20 mm avec dilatation cavitaire droite, PAPS à 35-40mmHg.
- Candidate à une fermeture percutanée.



Indications	Class ^a	Level ^b
Patients with significant shunt (signs of RV volume overload) and PVR <5 WU should undergo ASD closure regardless of symptoms	I	B ²⁴
Device closure is the method of choice for secundum ASD closure when applicable	I	C



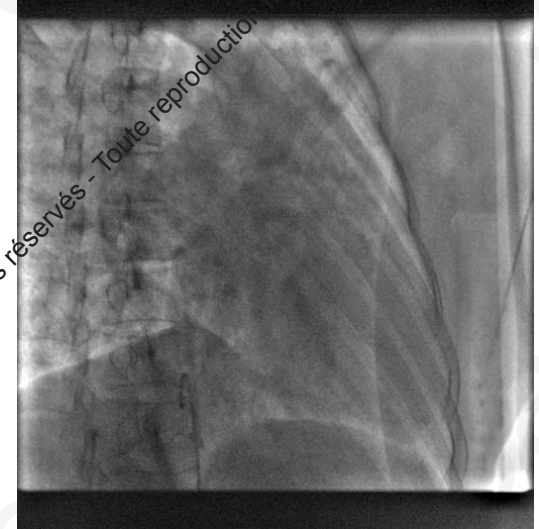
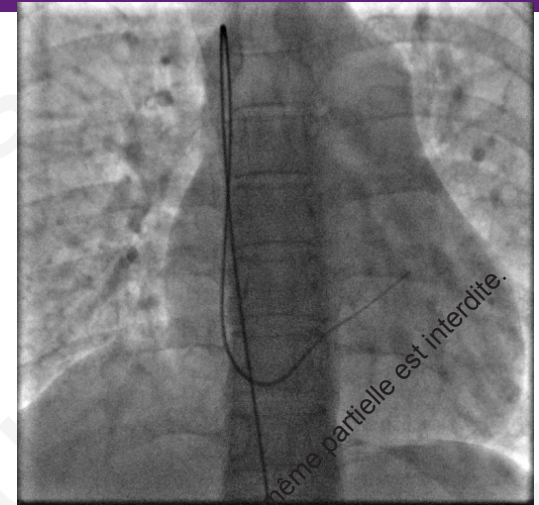
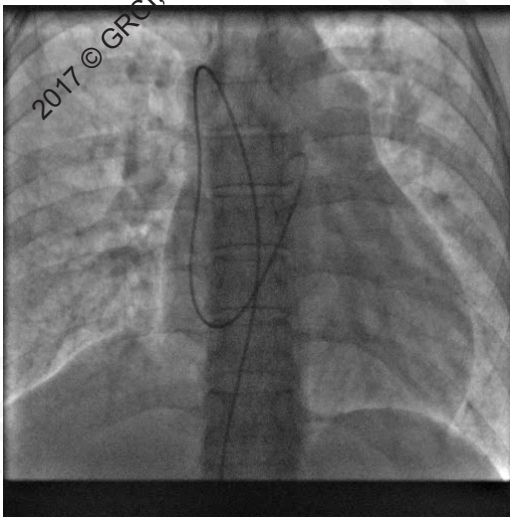
European Heart Journal
DOI:10.1093/eurheartj/ehq249

ESC GUIDELINES

ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010)

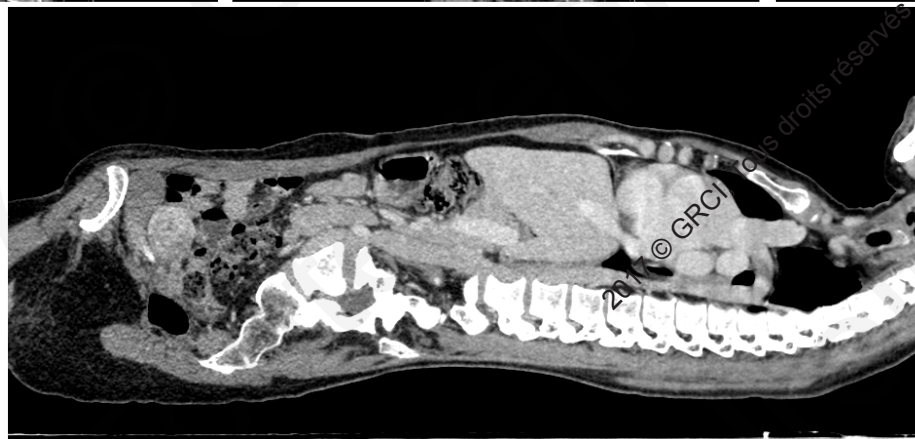
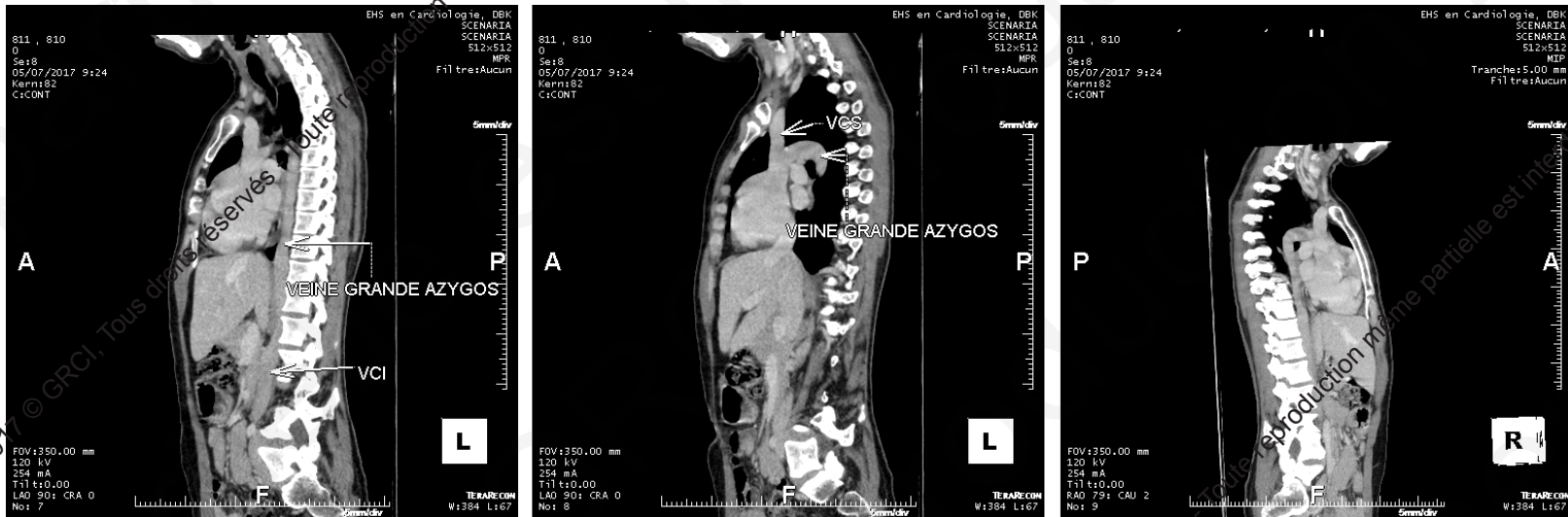
En salle de Kt

- Accès VFDt
- Anesthésie locale
- Guide 0.035, MPA 5F
- Surprise...



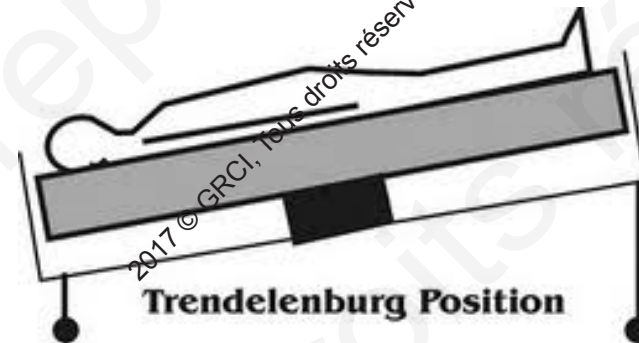
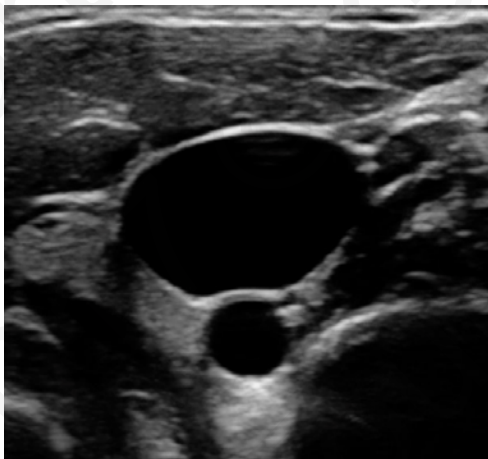
Interruption de la VCI avec retour azygos non visualisée en ETT/ETO

Arrêt de la procédure et angioscanner

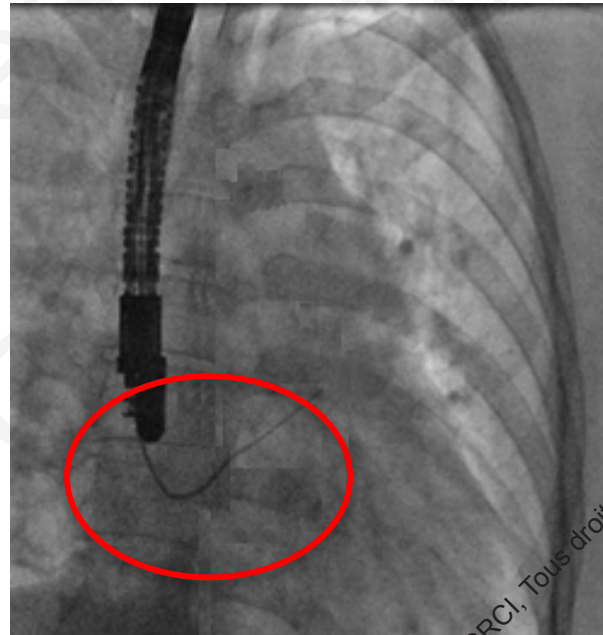


Décision

- Chirurgie vs percutanée
- Refus de la chirurgie par la patiente
- Revue de la littérature: Voie jugulaire possible (07 cas décrits)
- Echo jugulaire en Trendelenburg: bon calibre

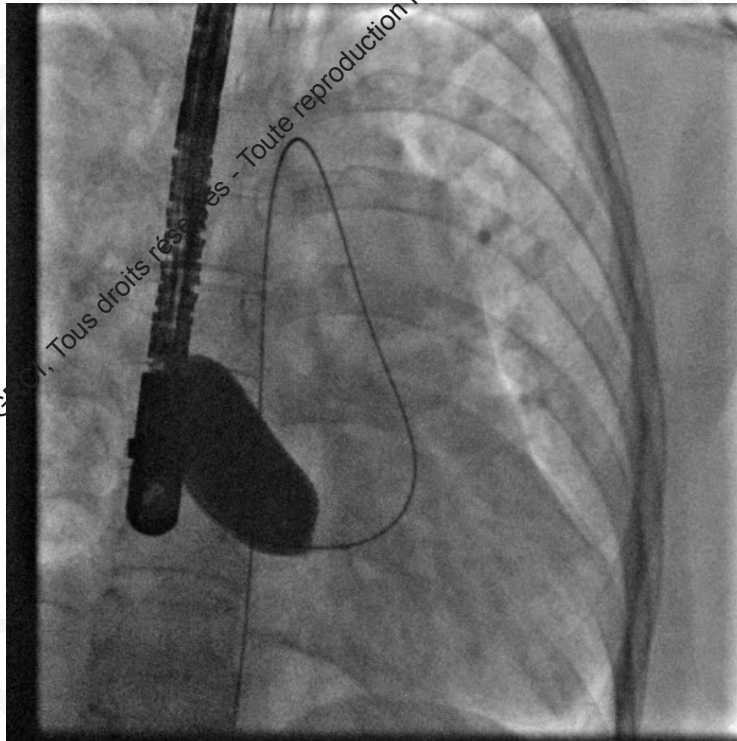


- Sous sédation générale: ETT/ETO
- Voie jugulaire (ponction Trendelenburg)

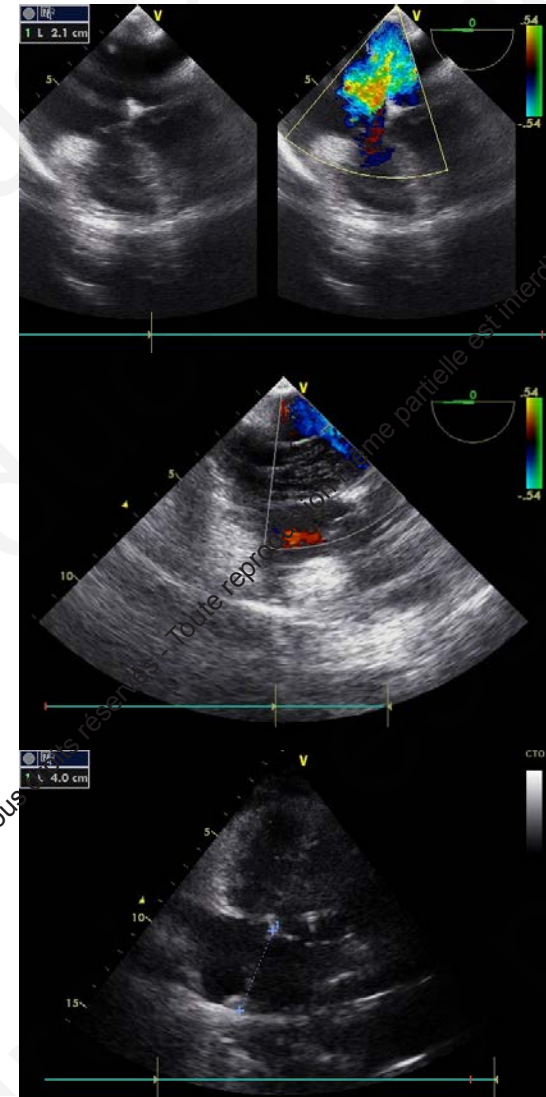


Guide 0.035 rigide dans la VPG sup puis inf:
Pas de support pour faire amener le ballon de calibration

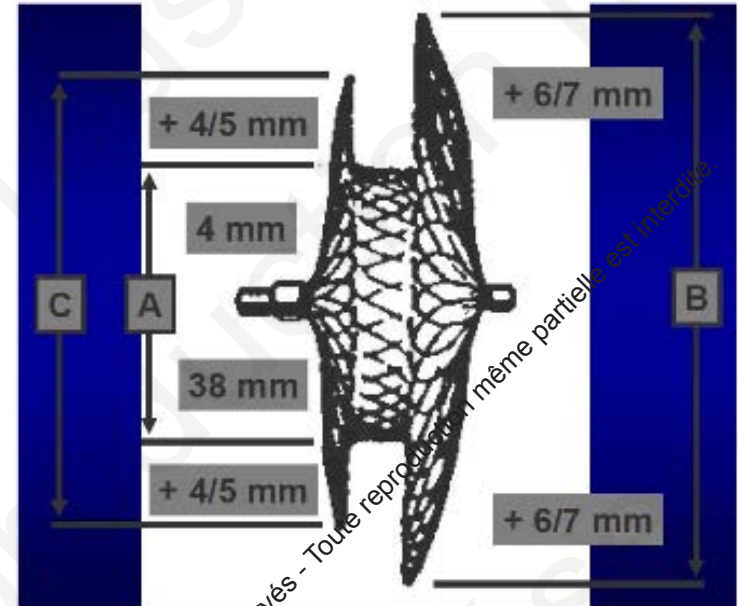
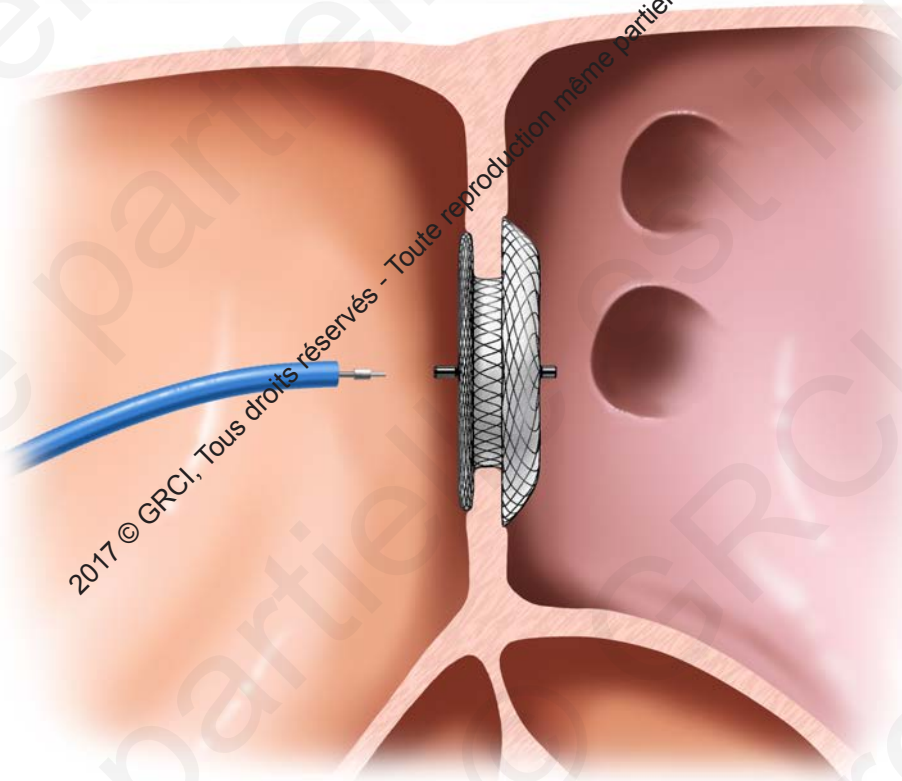
- Guide dans l'Ao descendante



Diamètre étiré à 24 mm (Echo et Angio):
Prothèse de 26 mm
Hauteur du septum coté OG à 40mm



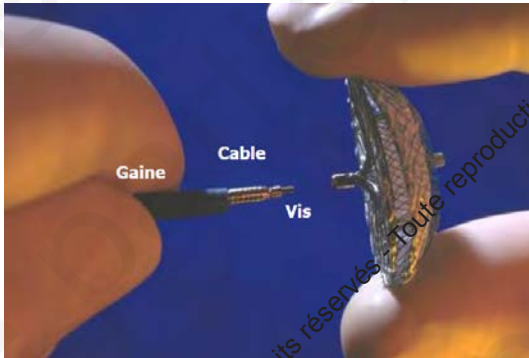
Echo: Septum



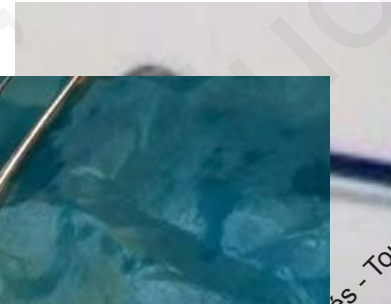
- Prothèse 26 mm
- Septum versant OG: $26 + (7 \times 2) = 40$ mm

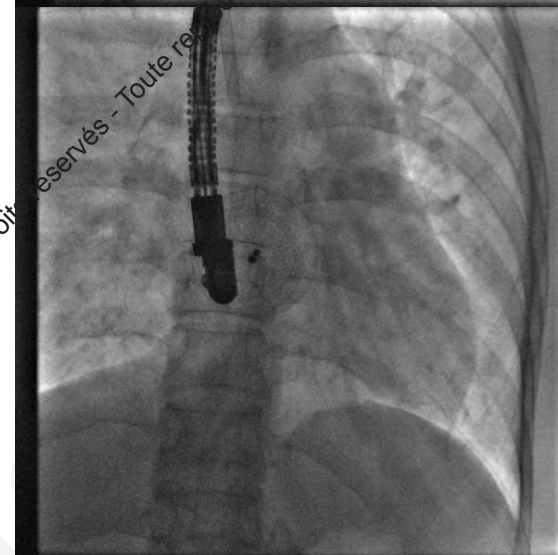
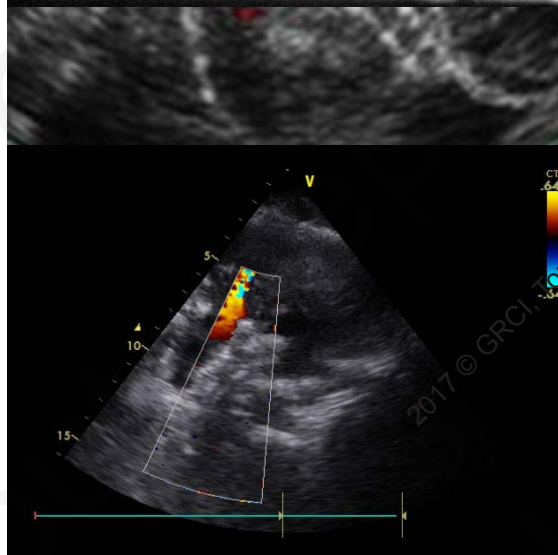
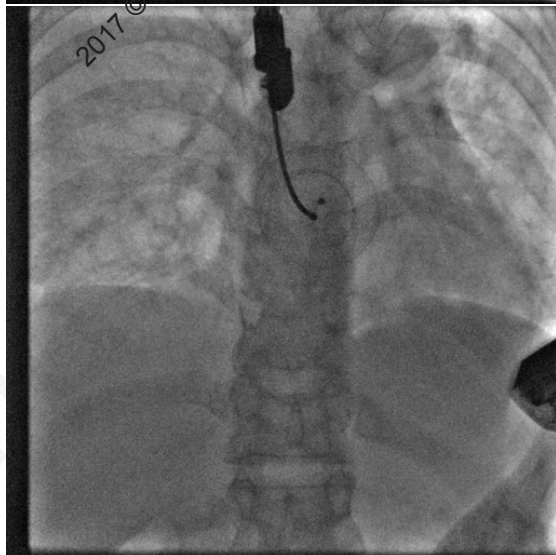
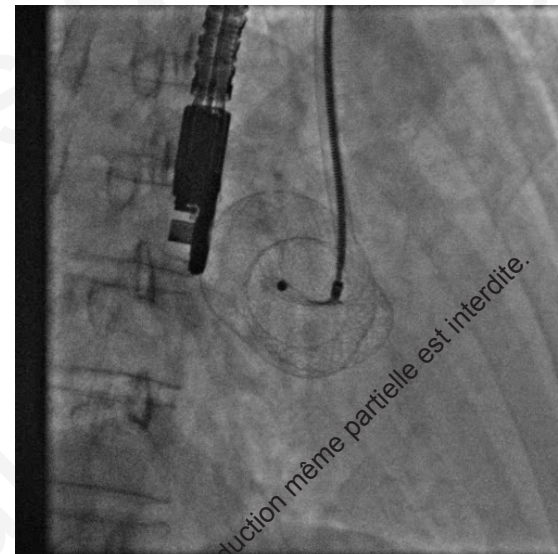
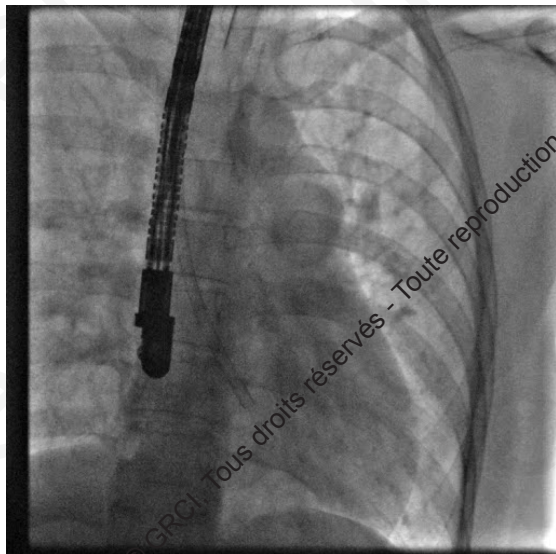
Matériel

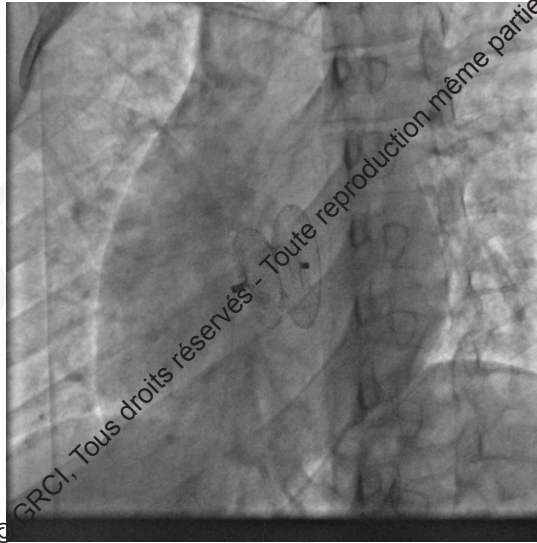
Passion Communication Education



Préparation dans
une cupule Serum
phy sous purge







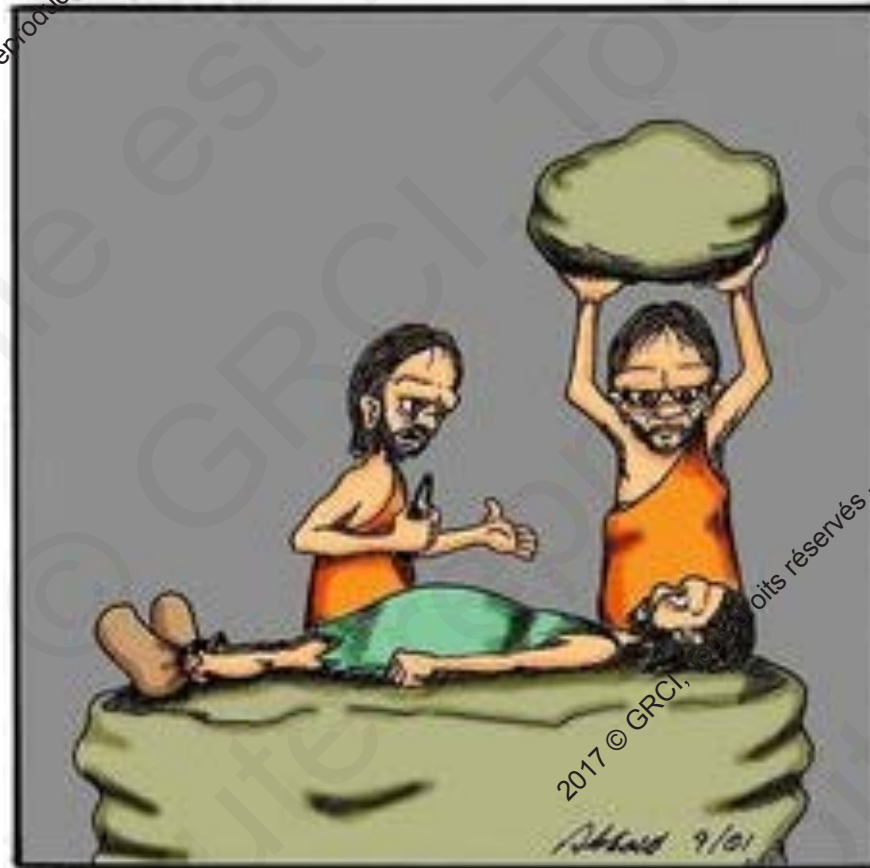
- Suites favorables
- Hématome au site de ponction
- Sortie 72 heures après
- Aspirine pendant 6 mois
- Contrôle 7 J, 1 mois... dernier contrôle 27/11/2017, OK



Conclusion/discussion

- En cas d'interruption de la VCI, la veine jugulaire interne Dt est une voie raisonnable.
- Ponction en Tredlenburg (voir sous Echo).
- Afin d'assurer une bonne angulation et support, le guide est mis préférentiellement de la VCS jusqu'à A0 descendante.
- Le largage est effectué sous contrôle ETT/ETO.
- Gestion du point de ponction.

Ne pas hésiter pour «AG/ETO » au moins pour les procédures complexes



“...Et voici Ralph votre anesthésiste.”