

Haut risque ischémique
et (très) haut risque hémorragique

Le cauchemar de l'angioplasticien

« Senior » Grégoire Rangé
CH Chartres

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Thrombose ou hémorragie ? Choix cornélien



La sagesse savoir résister à la tentation

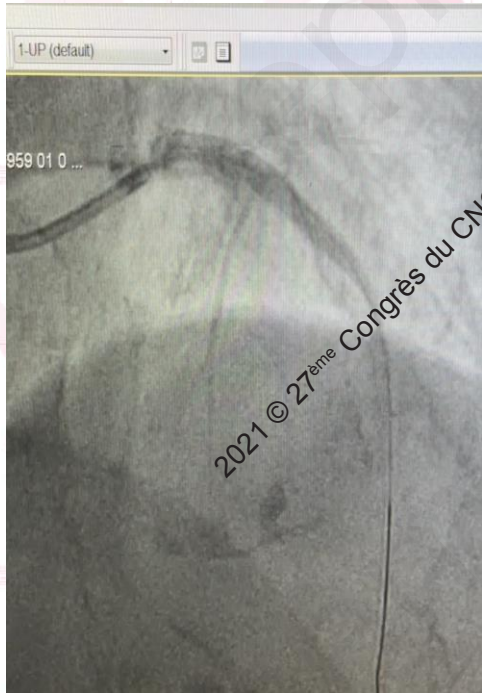
- Très mauvais candidat pour ATL
 - Très haut risque hémorragique (ARC : 2 critères majeurs)
 - Diabétique / Pluritronc
 - Inobservant +++
 - A (re)staffer ++
 - Aorte porcelaine : Discuter chir cœur battant +++
 - Ou traitement médical ?



2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Inobservance augmente le risque thrombotique

PCI IVA



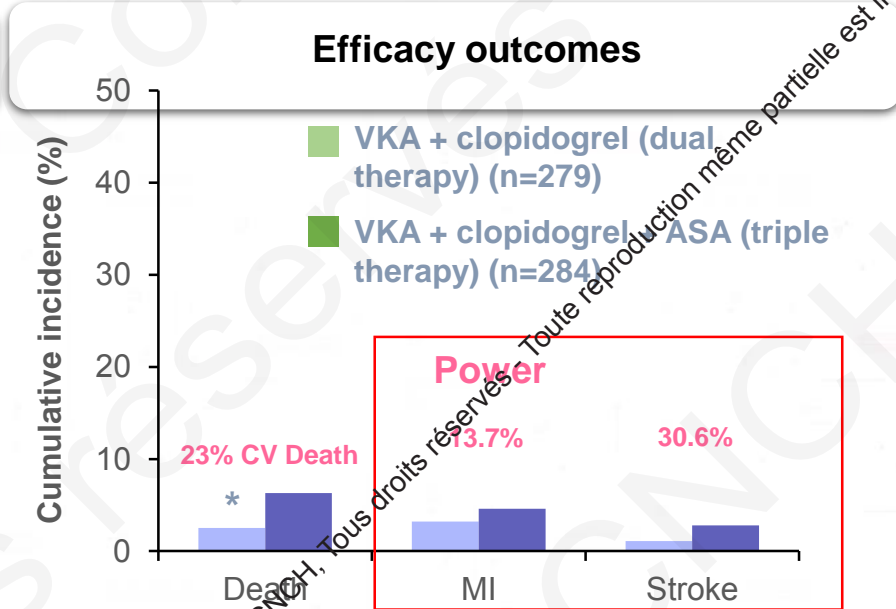
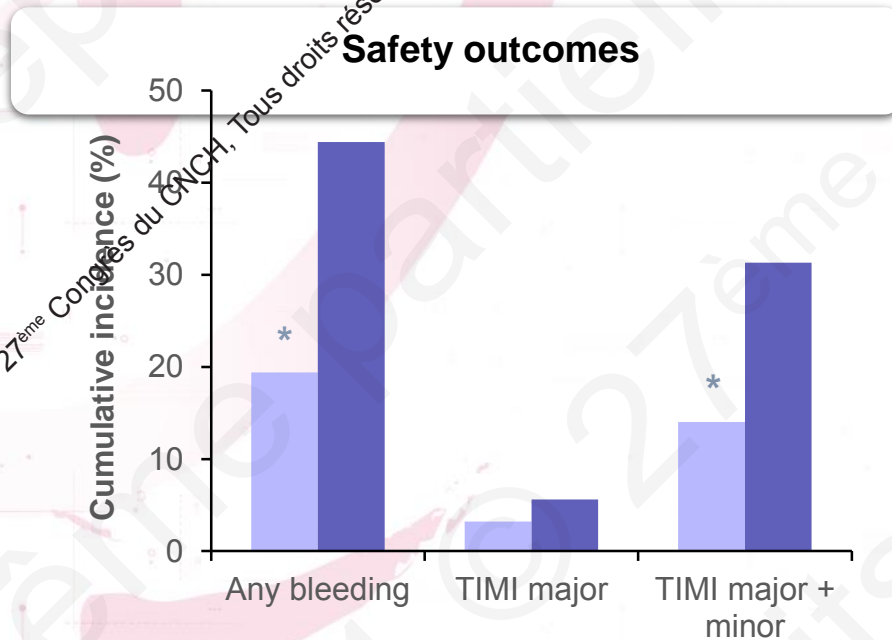
J4 post PCI
Inobservance



Registre Premier
13,6 % d'arrêt P2Y12 à 1 mois
Mortalité = 7,5%

Hémorragie augmente le risque thrombotique ?

Etude Woest (DAPT vs triple therapy/ PCI + FA)



2021 © 27^{ème} Congrès du CNGH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

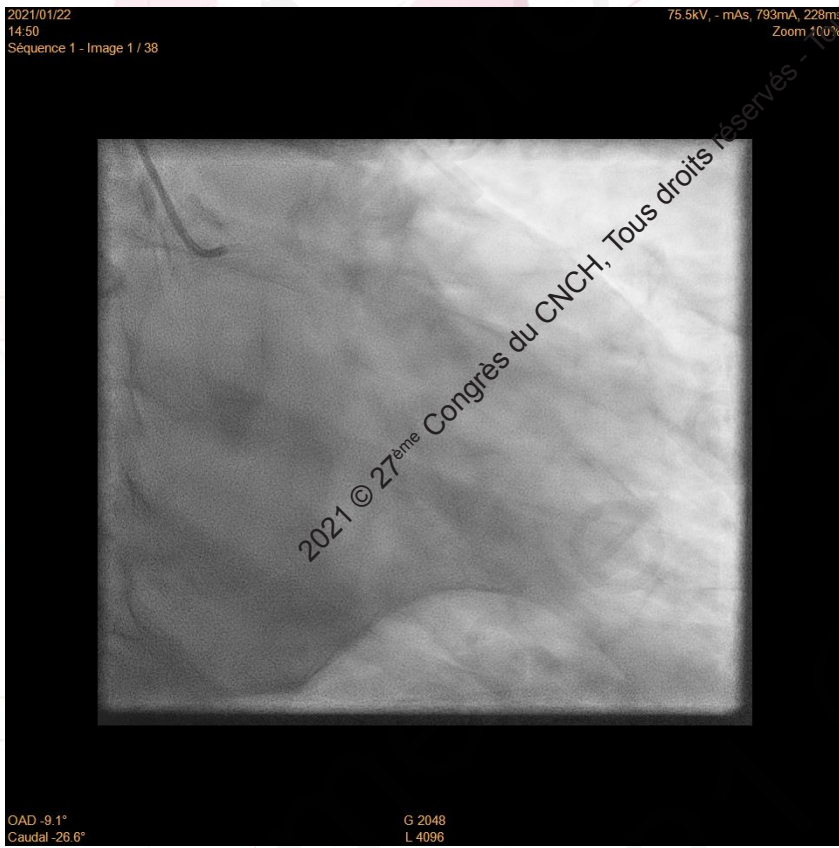
2021 © 27^{ème} Congrès du CNGH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

« Traitement médical » n'est pas un gros mot

- Haut risque ischémique ?
 - Probable nécrose rudimentaire IL secondaire à anémie
 - lésion coupable = occlusion Cx dominée
 - Aucune récurrence ischémique lors de 2d déglobulisation (3CG) !
 - patient stabilisé au niveau coronaire sous traitement médical
 - Se rappeler que traitement médical = ATL sur lésions stables (Ischemia)
 - Évite DAPT à haut risque de récurrence hémorragique

- Mais inobservance risque de compliquer l'attitude purement médicale !

Si ATL retenue Ne traiter que les lésions critiques



Si ATL retenue

- Limiter le risque thrombotique donc le nombre de stents
 - Ne traiter que lésions critiques, coupables et $\geq 3\text{mm}$
 - Cx sub occluse dominée ($< 3\text{ mm}$) , territoire de nécrose
 - Grosse CD dominante avec sténose critique au segment 2
 - Ne traiter que les lésions HD significatives : FFR IVA ?
- Limiter risque hémorragique = Le moins d'antiaggregant possible
 - Clopi $>$ Ticagrelor
 - DAPT très courte = 1 mois max
 - DEB ?
- Education +++ dont rééducation CV

