

Cas clinique coronaire de complication « Bail-out PCI » sur dissection hydraulique du tronc commun

Marc Silvestri
Matthieu Périer



GVM
CARE RESEARCH

Hôpital Européen
de Paris

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Nom de l'orateur : Matthieu PERIER, Suresnes

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

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Contexte clinique



Antécédents

- **Homme de 66 ans**
- **Diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, tabagisme actif**

Absence d'antécédent cardiovasculaire

- Créatininémie : 110 μ mol/l

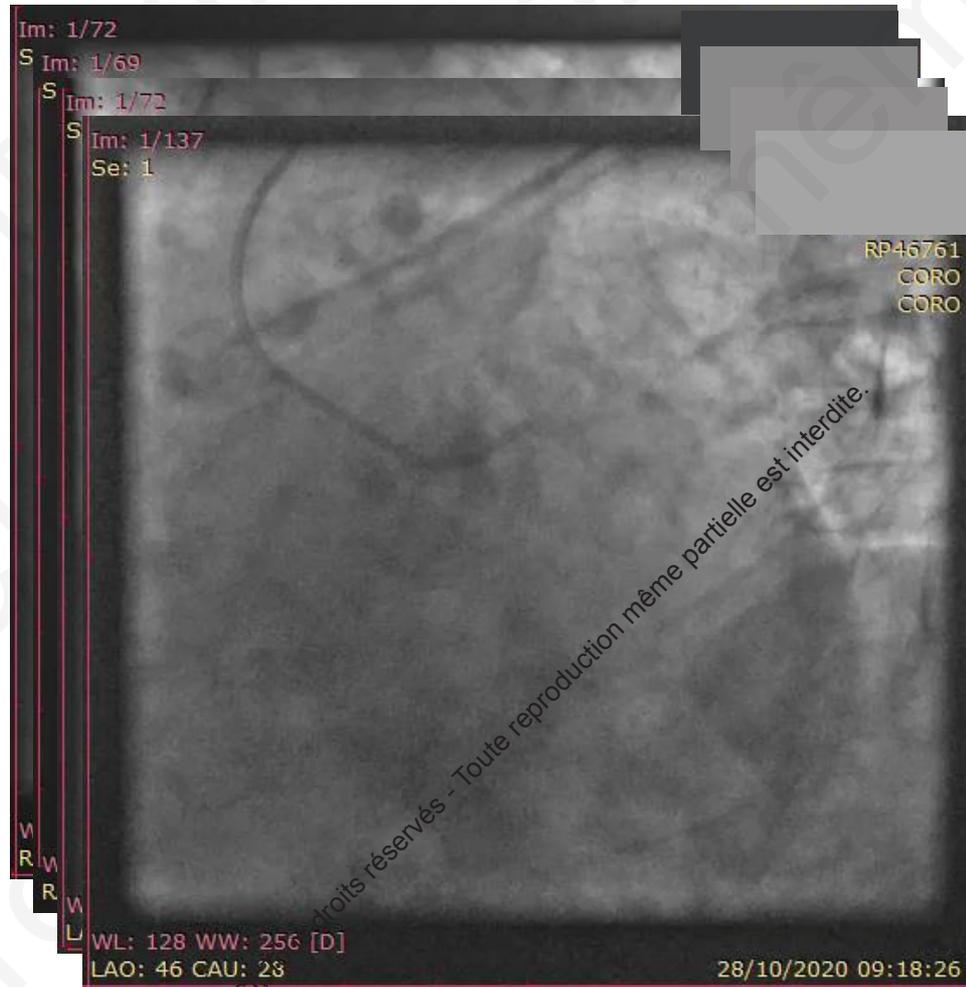
Histoire de la maladie

- **Dyspnée d'effort**
- ECG normal, ETT normale
- Scintigraphie myocardique d'effort (80% de la FMT ; 160watts): **ischémie inférieure 3 segments sur 17**

Coronarographie



Cathéter diag. JR4 5F



Cathéter Diag. JL3,5 5F

FFR IVA : 0,76

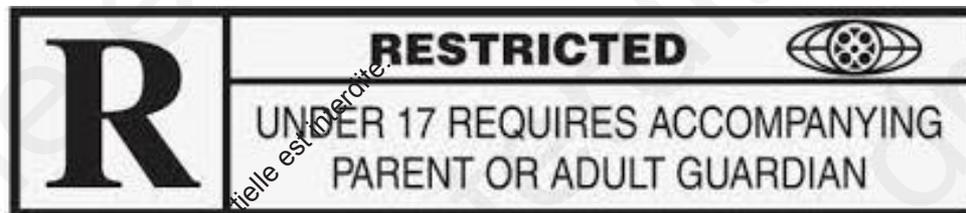
Angioplastie ad-hoc de l'IVA

- Voie radiale droite
- **Cathéter-guide 6F - EBU 3,75**
- **Purge** contre pressions ventricularisées



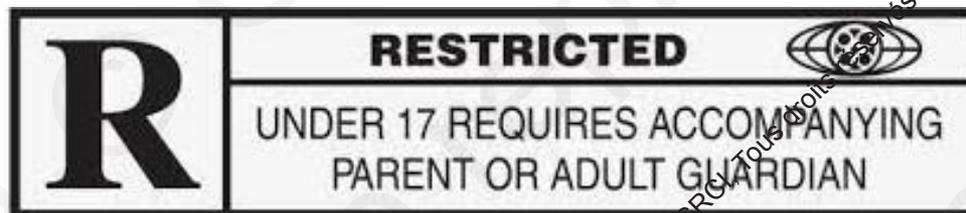
Stagnation de PCI au niveau du tronc commun!

Désengagement du cathéter-guide et **injection douce**



Avertissement!

Certaines des images qui vont suivre sont susceptibles de heurter la sensibilité des cardiologues interventionnels présents dans la salle



Injection après switch pour un cathéter-guide JL 3,5



**Dissection du tronc commun, occlusion de l'IVA 1 (TIMI 0),
dissection spiroïde de la CX et de la marginale basse (TIMI 3)**

Passage aisé d'un guide Runthrough Floppy dans la marginale



Passage difficile d'un guide Runthrough Floppy sur le trajet de l'IVA 1 tortueuse



Injection prudente dans l'IVA 1 par un micro-cathéter après vérification de la présence d'un reflux



Progression du guide dans l'IVA 2 et **injection par le micro-cathéter**



Injection par le microcathéter positionné dans la branche marginale

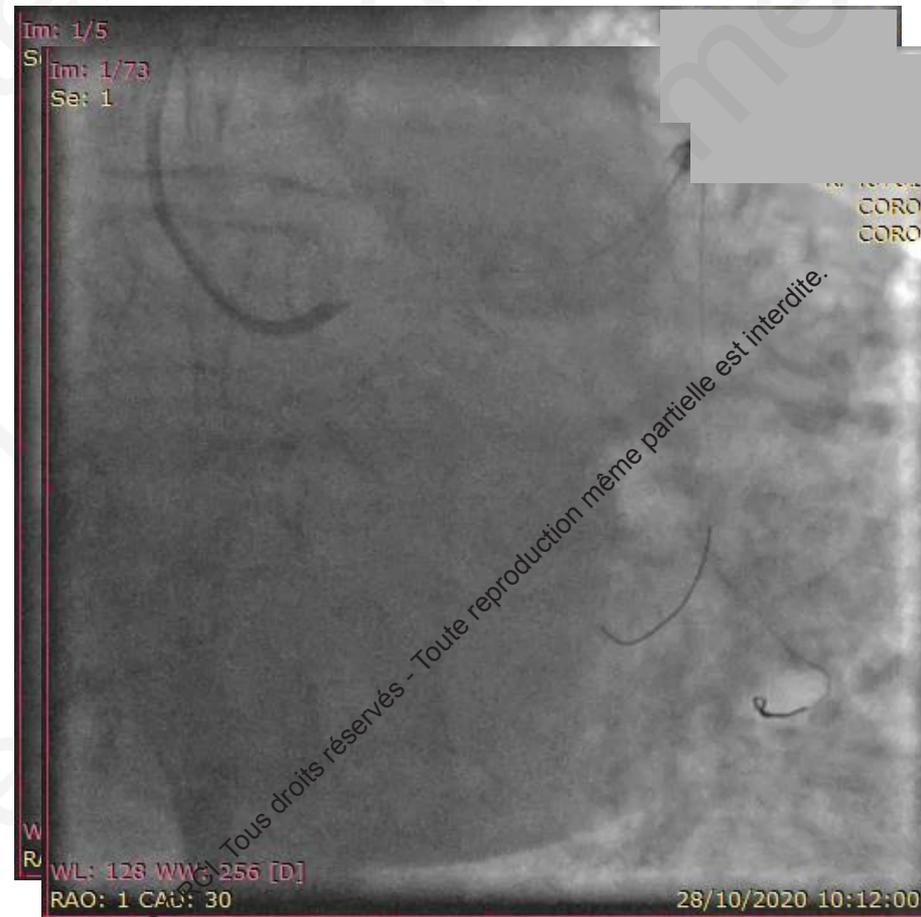


- Confirme le **positionnement des deux guides dans les vraies lumières** des deux principaux vaisseaux
- Permet d'évaluer **l'extension distale de la dissection** sur le vaisseau occlus

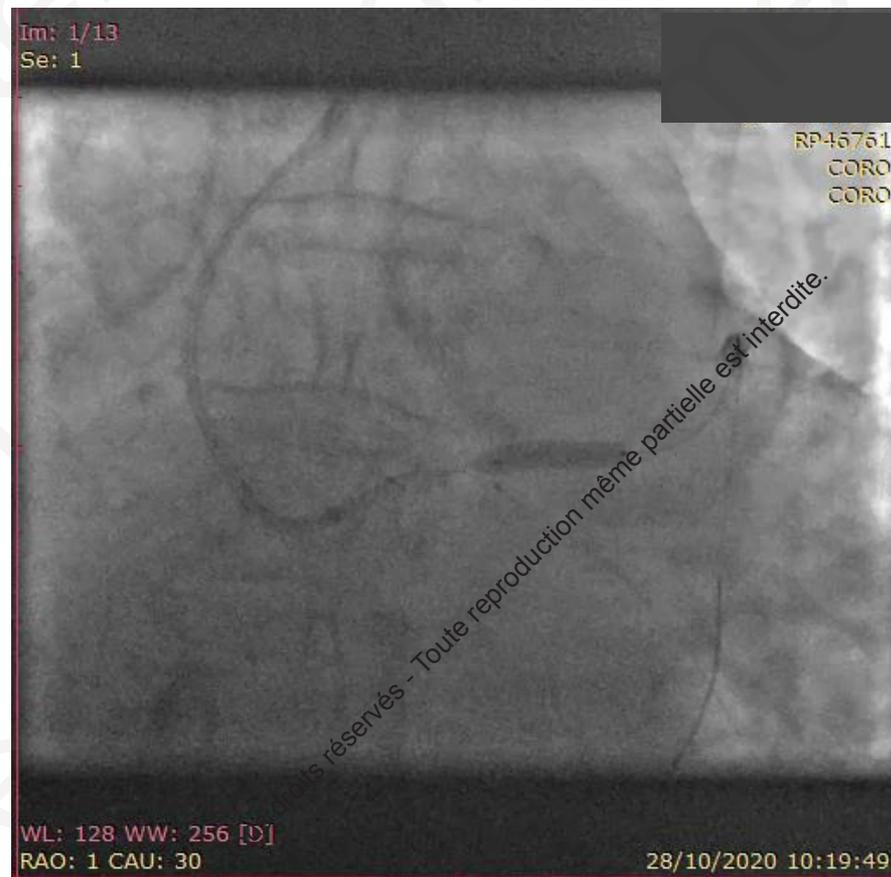
Injection par le cathéter-guide



Stenting de l'IVA 2 à partir de l'aval de la dissection



Stenting IVA 1



Kissing IVA/CX



Récupération d'un flux TIMI 3 sur l'IVA

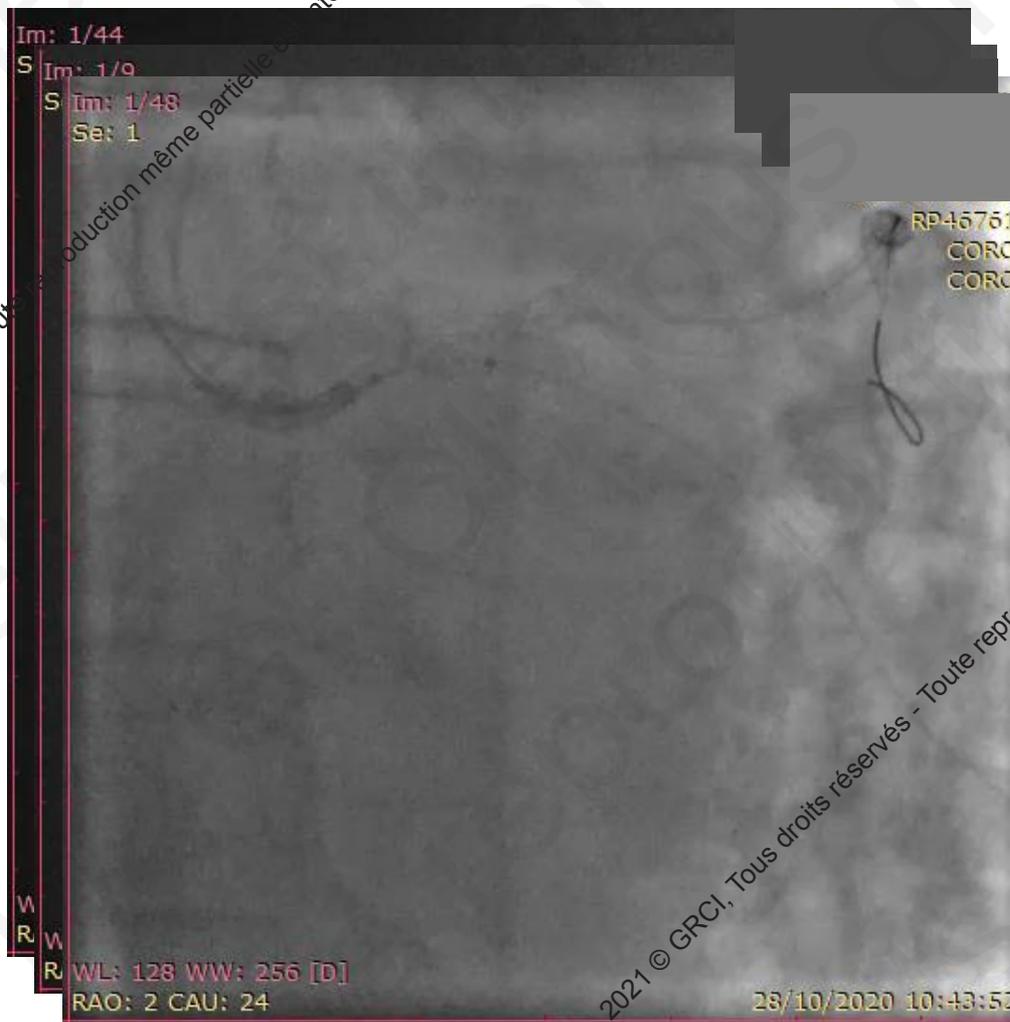


Bifurcation tronc commun distal Reversed TAP Technique

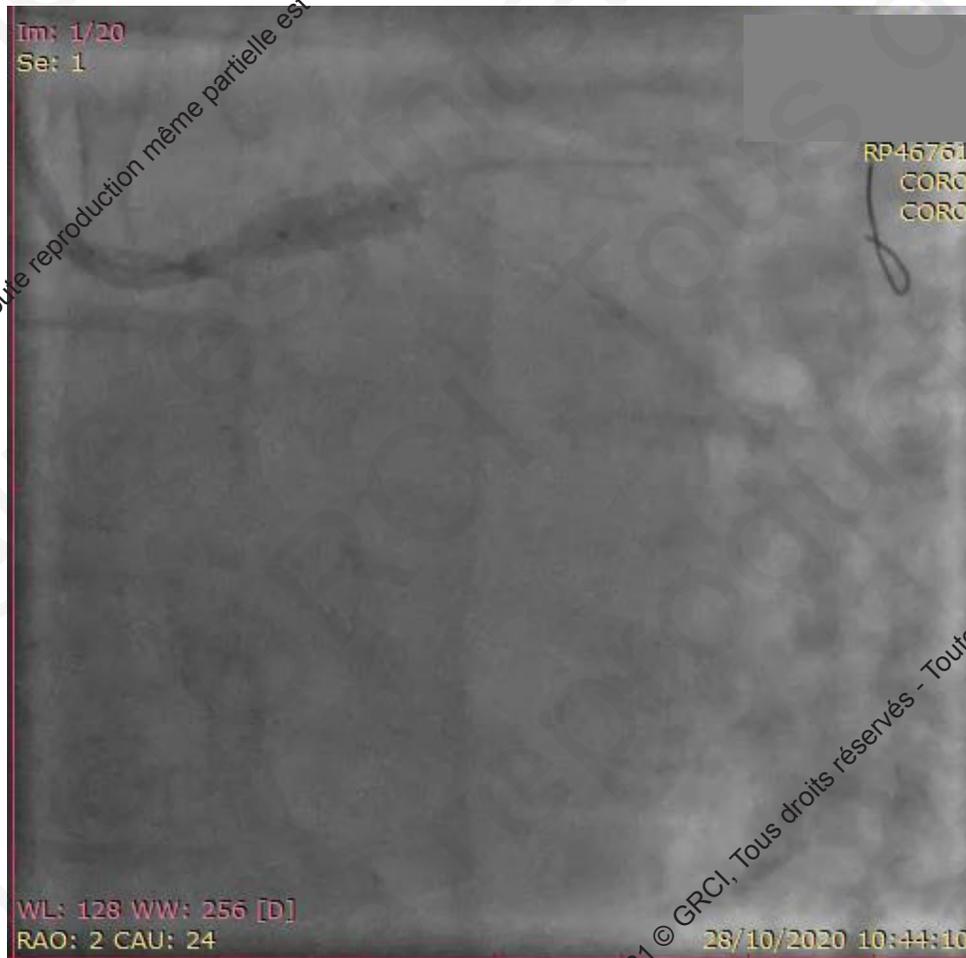
Stenting de l'IVA ostiale puis kissing IVA-CX



Stenting TC vers CX1



POT puis franchissement des mailles vers l'IVA par un troisième guide



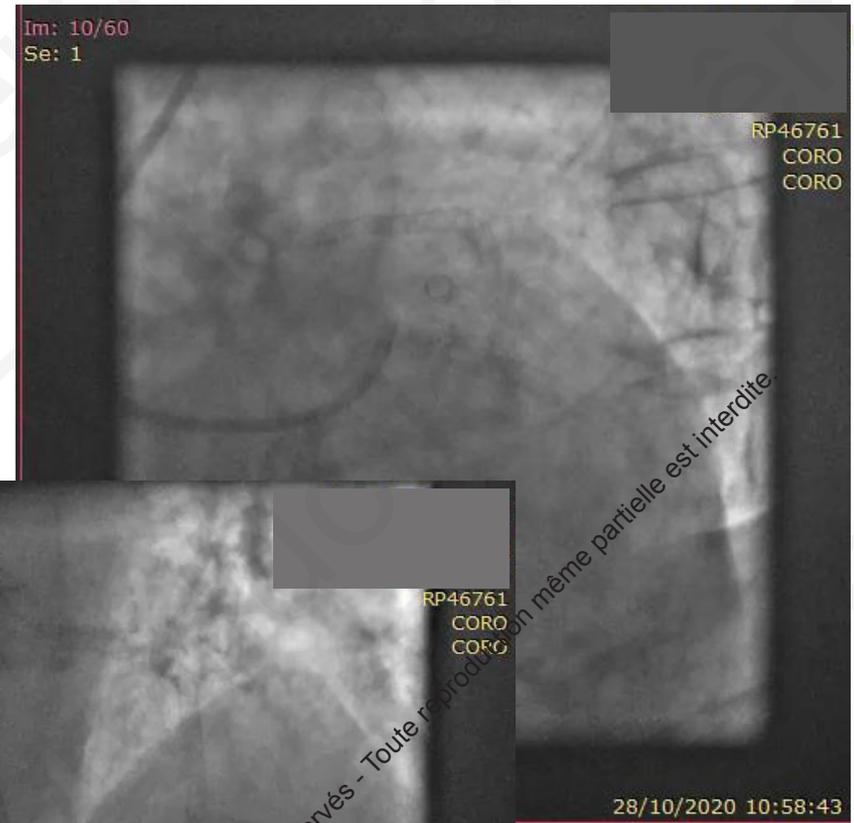
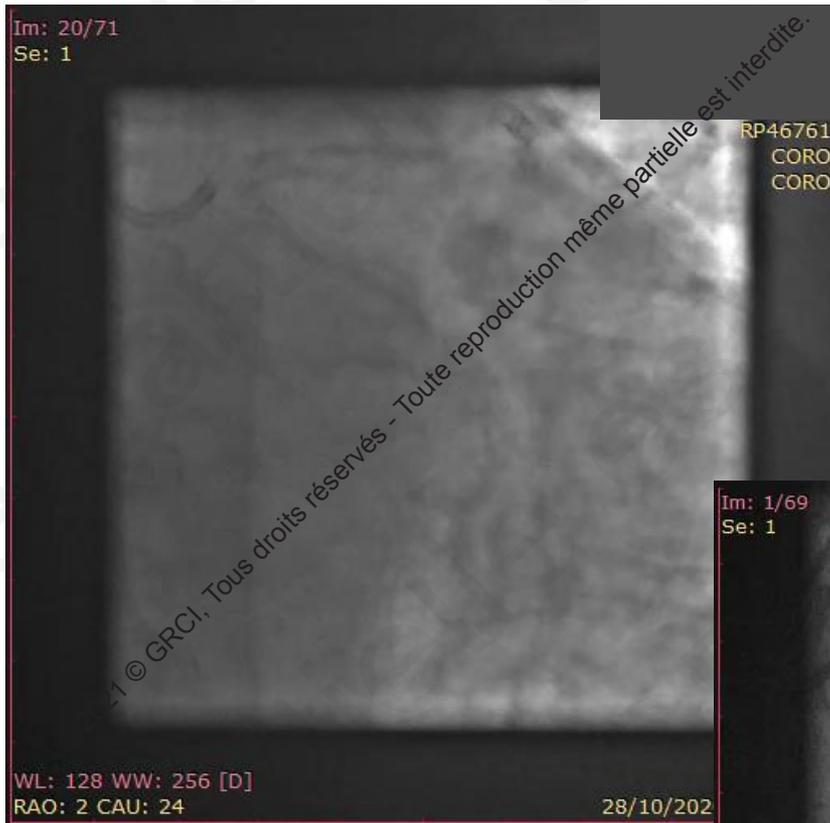
Stenting de CX1-2 en aval



Kissing puis Re-POT final au ballon 4,5mm



Résultat final



Evolution

- **Favorable en USIC**
 - Absence de récurrence de douleur
 - **Normalisation de l'ECG**
 - **Absence de trouble de la cinétique à l'ETT**
 - **Pic de troponine à 2 203pg/ml**
- **Sortie à J+3**

Messages-clés - Evaluation initiale

- Identification rapide de la dissection
 - Stopper les injections, baisser le débit/volume d'injection, reorienter ou changer de cathéter
- Evaluation de la tolérance: hémodynamique, trouble du rythme, douleur, sus-décalage du segment ST
- Evaluation de la gravité angiographique: retard de flux, occlusion, extension sur le lit d'aval, extension au culot aortique
- Savoir s'entourer: opérateur expérimenté, anesthésiste
- En cas d'instabilité hémodynamique, considérer l'assistance ventriculaire

Messages-clés

L'enjeu principal pour l'angioplasticien est de retrouver la vraie lumière

- Considérer rapidement un **changement de cathéter-guide** (angle cathéter - tronc commun)
 - **Optimise les chances de passage des guides vers la vraie lumière**
 - **Limiter l'extension de la dissection par les injections répétées**
- **L'injection à travers un micro-cathéter** est un bon moyen de s'assurer que le guide est situé dans la vraie lumière



Mieux vaut prévenir que guérir!

- Bien évaluer la taille du culot aortique, la hauteur de l'ostium pour choisir la taille optimale de cathéter-guide
- Eviter les cathéters « traumatiques » (Amplatz...)
- Intubation précautionneuse surtout si le tronc est pathologique
- Vérification systématique de la pression, éviter d'injecter à haut débit
- Positionnement coaxial du tip avant toute injection
- Eviter les injections au cours des mouvements respiratoires actifs (inspiration profonde) qui modifient l'angle entre le cathéter et le vaisseau
- « Sécuriser » l'IVA avec un guide avant toute injection?
- Contrôle du cathéter et de la pression tout au long de la procédure

Merci de votre attention

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.