

# Angioplastie d'une lésion du TCG chez un patient à haut risque de saignement

Dr Marine Quillot

Dr Philippe Commeau

# DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

**Nom de l'orateur : Marine QUILLLOT, Avignon**

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.

# M. P. 75 ans, Ischémie silencieuse



**ATCD**: Cirrhose hépatique stade child B, AOMI stade II



**Facteurs de risque cardiovasculaire**: HTA, dyslipidémie



**Histoire de la maladie** : Ischémie silencieuse latérale avant revascularisation des M



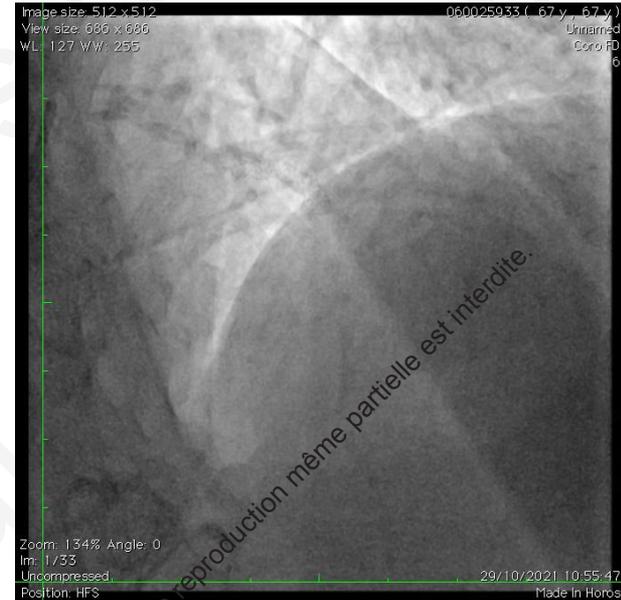
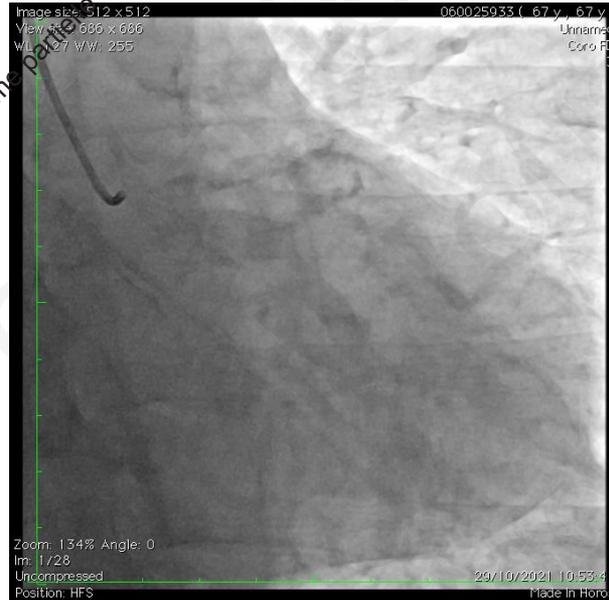
**ECG**: Fibrillation atriale non connue, pas d'anomalies de repolarisation



**Biologie**: DFG 49 mL/min, Hb 10,4g/dL, Plaquettes 138 G/l

**Prise en charge**: Coronarographie avant chirurgie vasculaire

# Coronarographie



**Plaque non significative CD2**

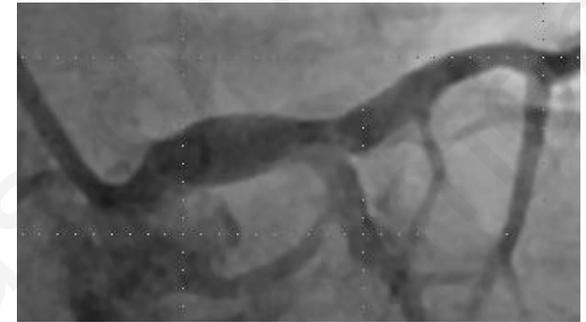
**Sténose très serrée calcifiée CX0-1**

**Lésion intermédiaire du TCG distal englobant IVA0**

# Discussion PC

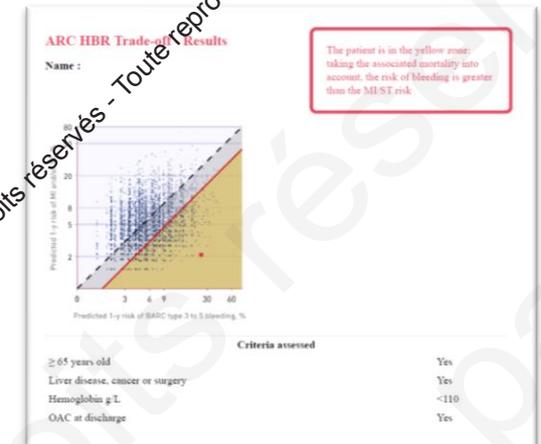
## ■ Stratégie de revascularisation:

- 2 stents ou 1 stent ? imagerie endo?
- Athérectomie de la bifurcation ? Images bourgeonnantes coralliformes endocoronaires
- Si 2 stents : quelle stratégie ? Imagerie endo ou stentboost pour apprécier le résultat



## ■ Stratégie médicamenteuse: (application ARC HBR)

- Trithérapie ou bithérapie seule d'emblée?
- Durée de l'un et/ou de l'autre?



# Evaluation des risques ischémiques et hémorragiques

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

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

# Revascularisation par angioplastie

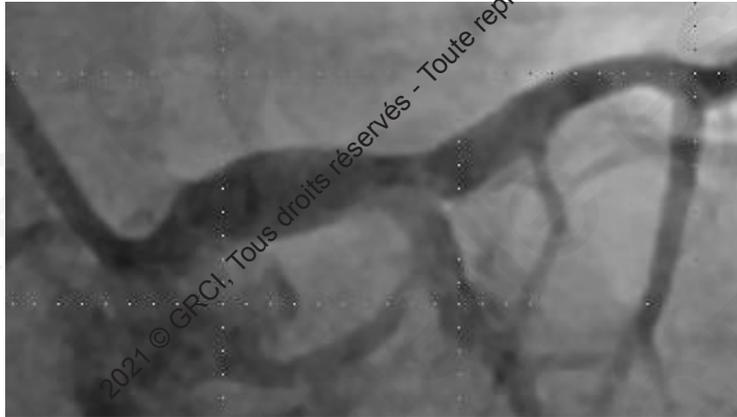
## Pourquoi :

- TCG isolé chez un patient non diabétique (Syntax<22)
- Cirrhose hépatique

## Pré-requis :

- Avis gastroentérologique : pas de FOGD (dernière<3 mois)
- Triple association antithrombotique pendant 7j et vérification de l'absence de déglobulisation

# FFR pour guider revascularisation



## Pourquoi :

- Lésion intermédiaire du TCG distal et très serrée CX ostiale
- Ischémie uniquement latérale à l'ETT stress
- En vue de discuter angioplastie :  
TCG- CX à 1 stent  
ou TCG-IVA-CX à 2 stents

## Résultats :

0,75 vers IVA  
0,77 vers CX

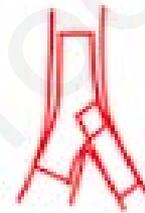
Angioplastie TCG distal à 2 stents

# Angioplastie TCG distal à 2 stents



## Stratégie thérapeutique prévisionnelle

- Athérectomie rotative TCG vers CX puis vers IVA
- Syst. T stenting ou TAP  
(selon risque d'occlusion de la CX)



TAP

Main *à* cross side first



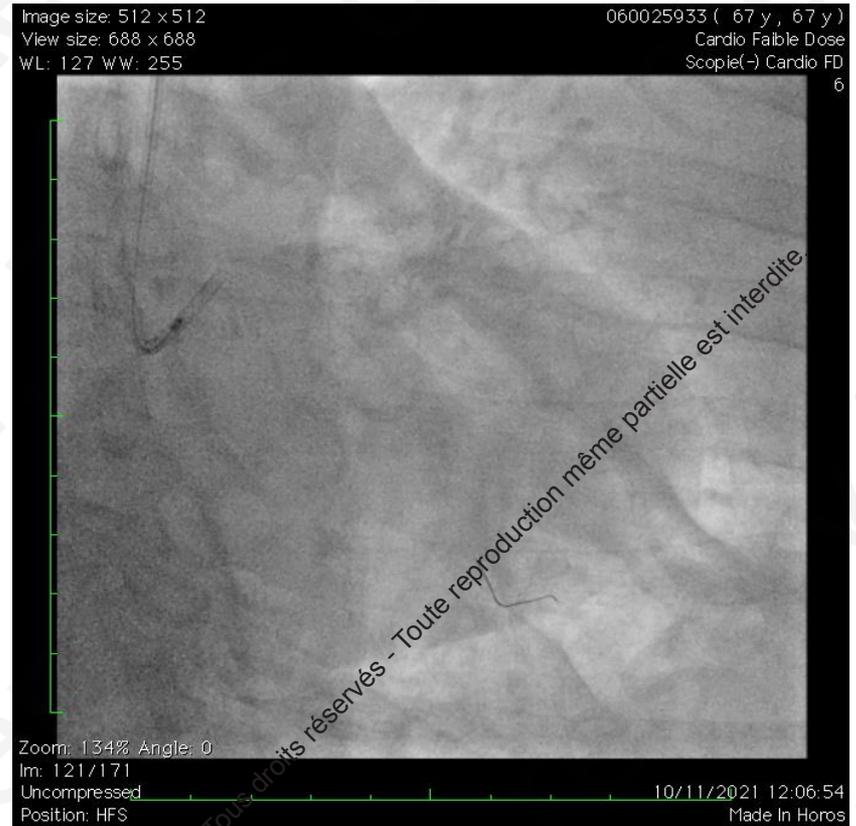
Syst. T stenting

Side branch first

# Athérectomie première TCG-CX fraise 1,5 mm

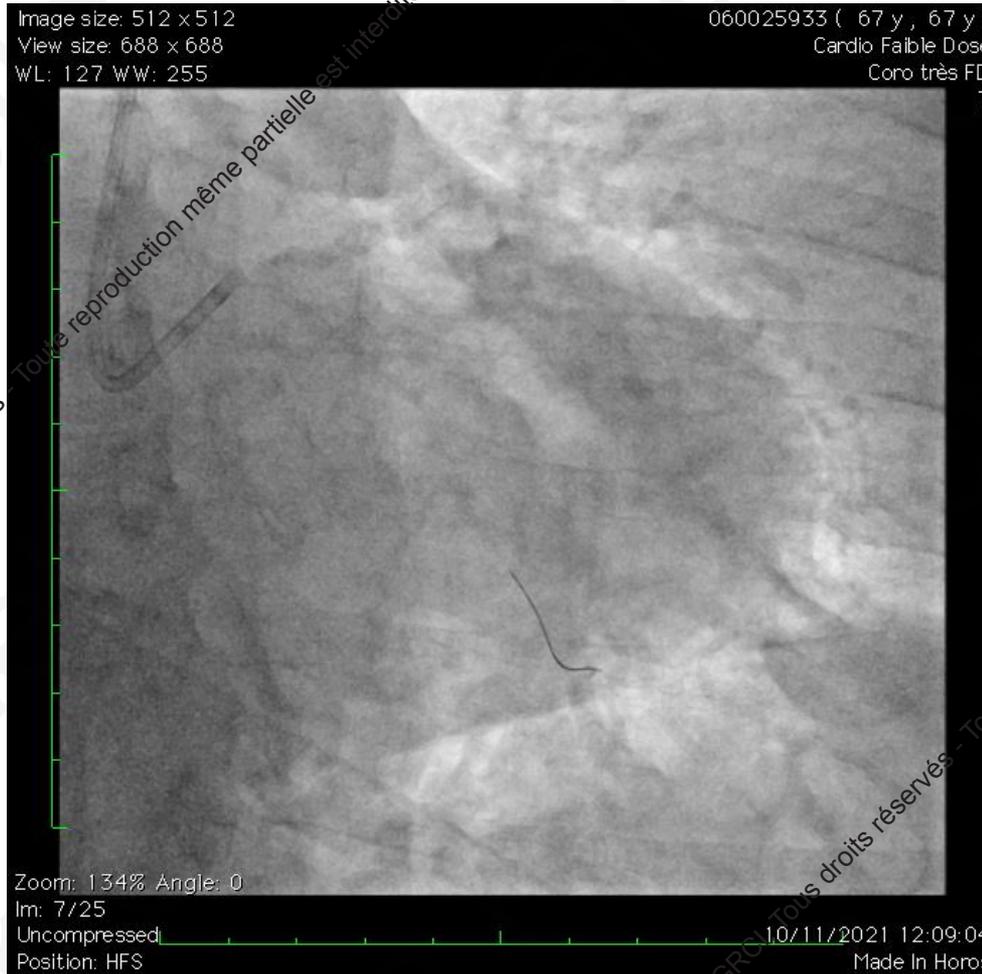


**Premier passage**  
**Vitesse de rotation 150 000 tours/min**



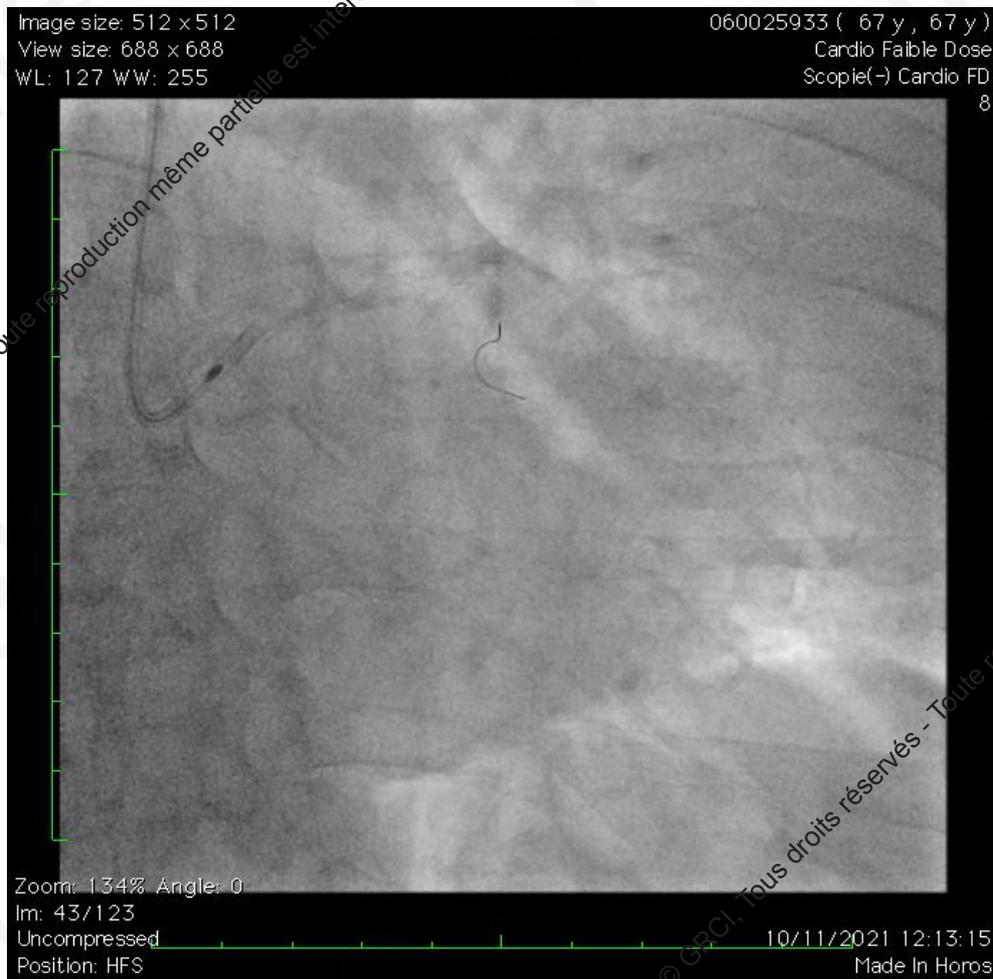
**Troisième passage**

# Contrôle après athérectomie TCG-CX

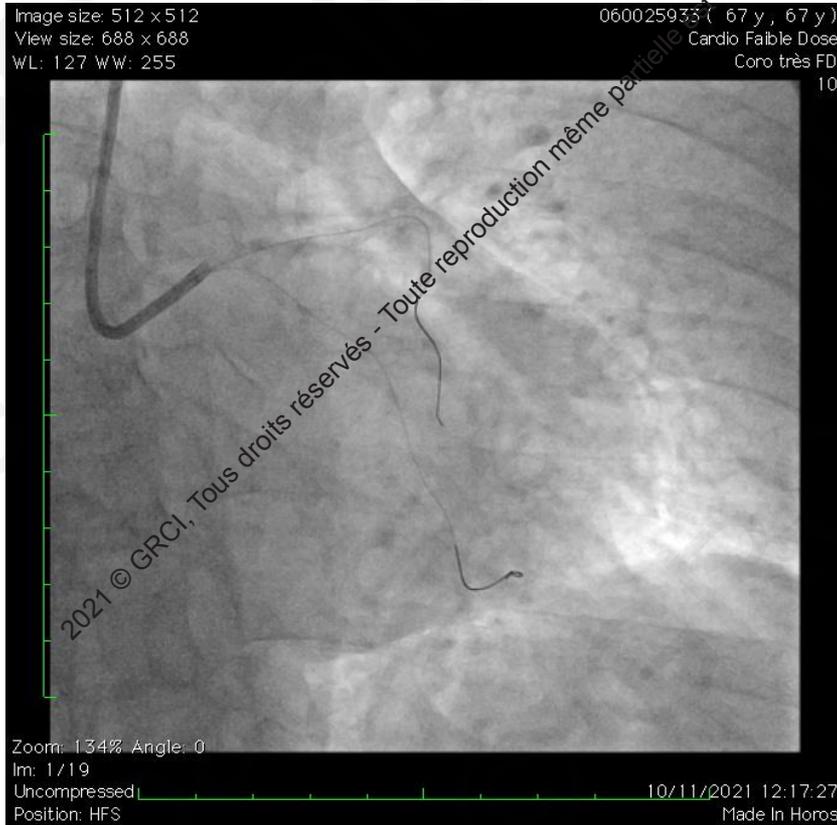


**Pas de dissection. Pas d'occlusion**

# Athérectomie TCG-IVA fraise 1,5 mm



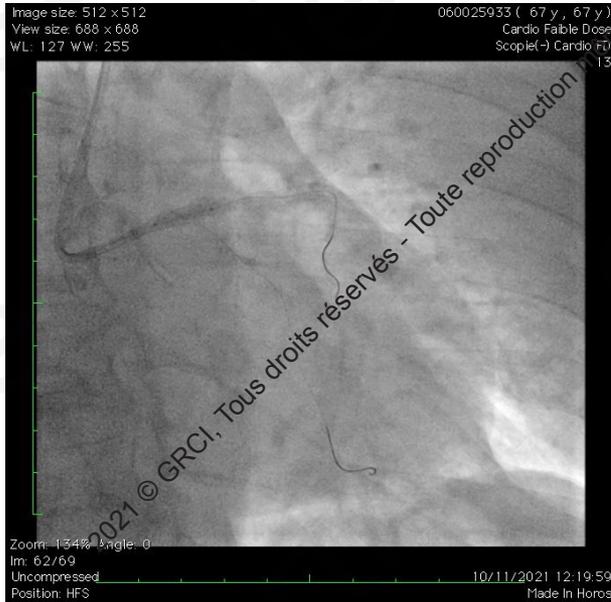
# Contrôle après athérectomie des 2 branches filles



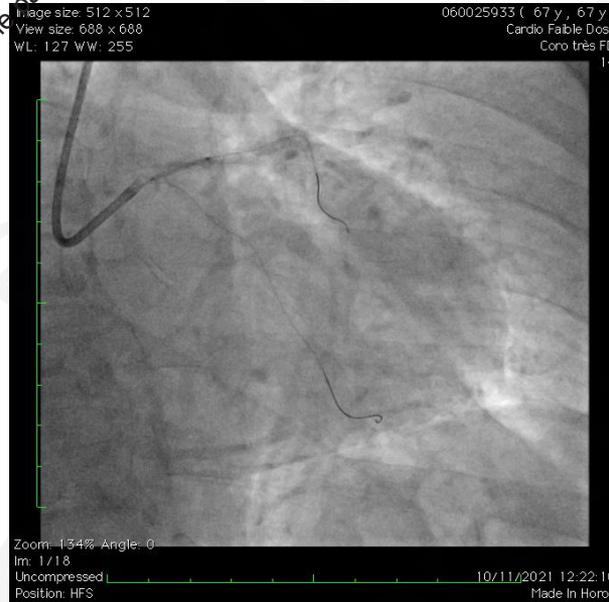
**Risque d'occlusion de la Cx faible**  
**Accessibilité à la Cx correcte**

# Stenting en TAP

## Angioplastie TCG-IVA



**Ballon NC 3,5x15mm**



**Stent actif Onyx 3,5x15mm  
(DAPT courte)**

**Pas de couverture de l'ostium  
(TCG large, pas d'atteinte angiographique)**



# Angioplastie TCG-IVA

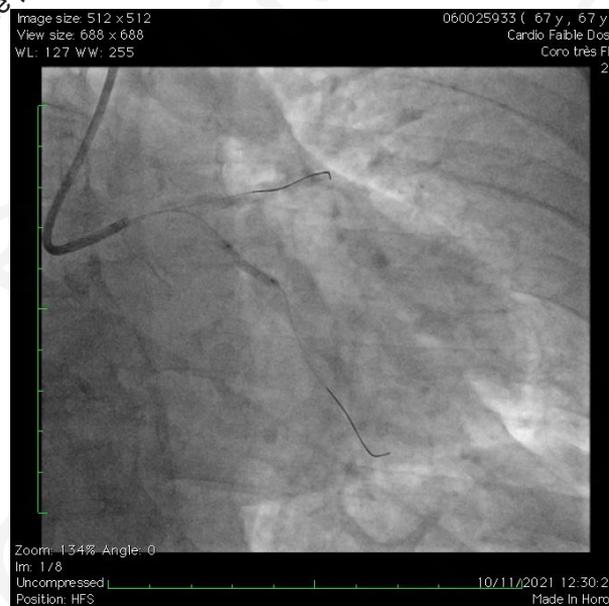


POT au ballon 5x12mm

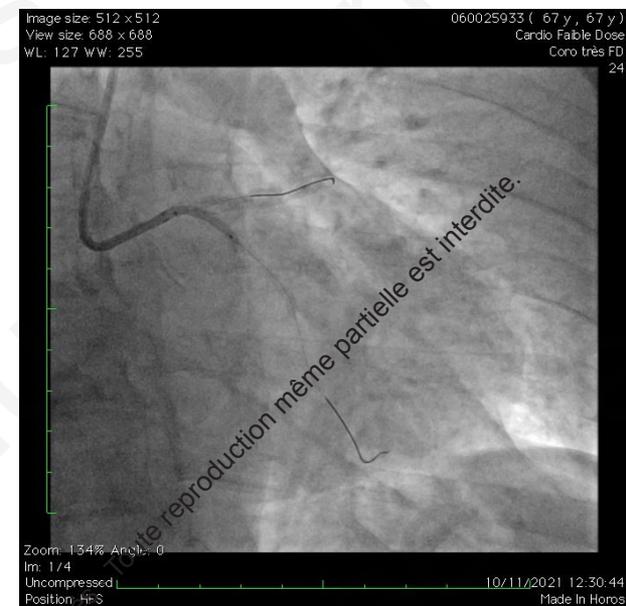
# Prédilatation TCG-CX



**Franchissement maille distale**

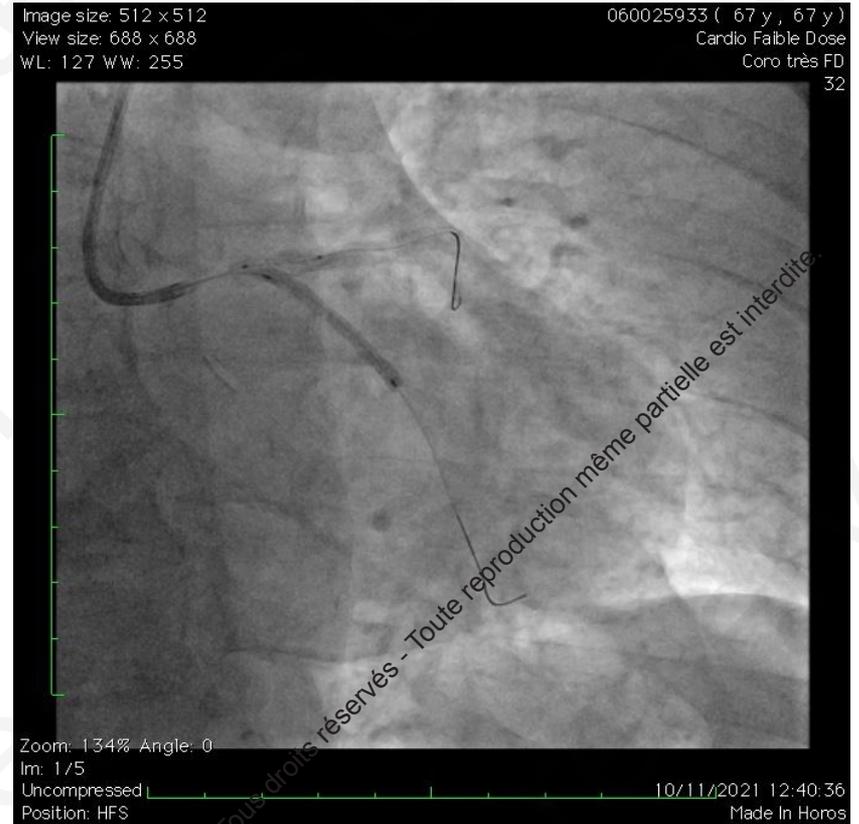


**Ballon NC 2,5x18mm**



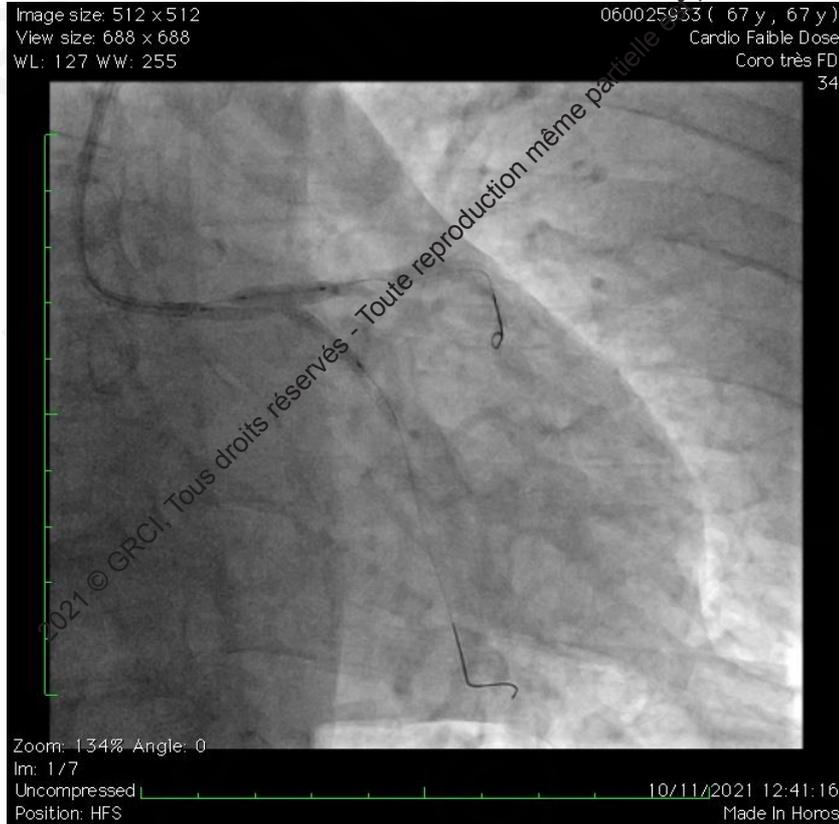
**Réouverture des mailles**

# Stent CX



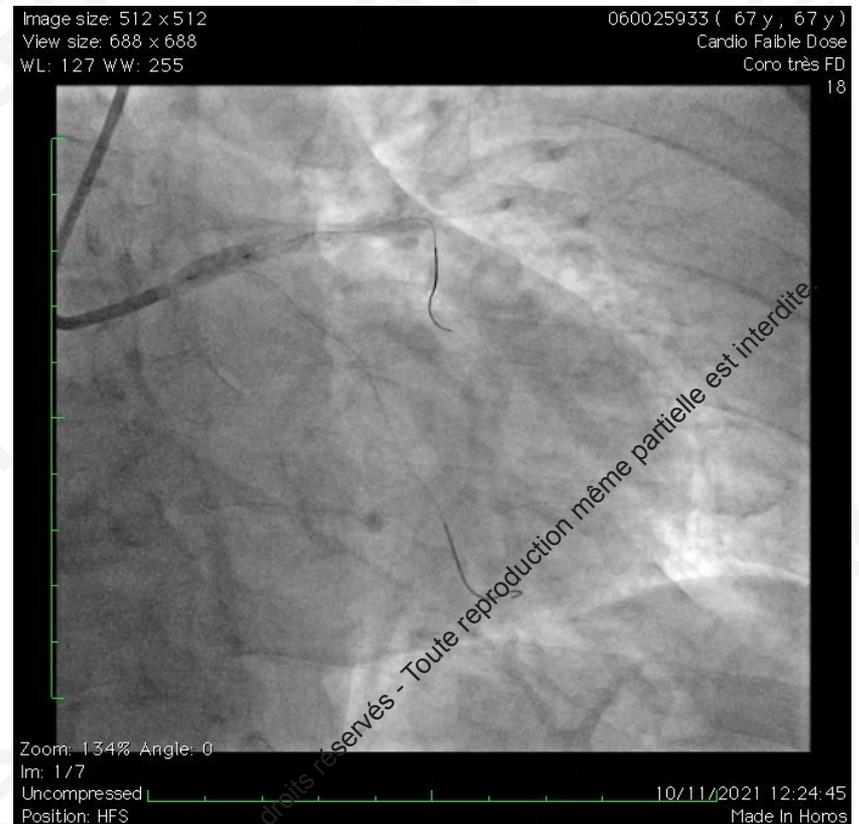
**Stent actif Onyx 3x34mm**  
(Ballon dans IFA)

# Kissing-Re POT



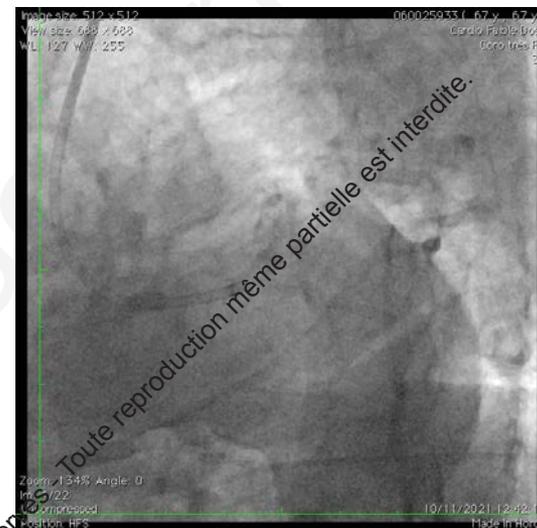
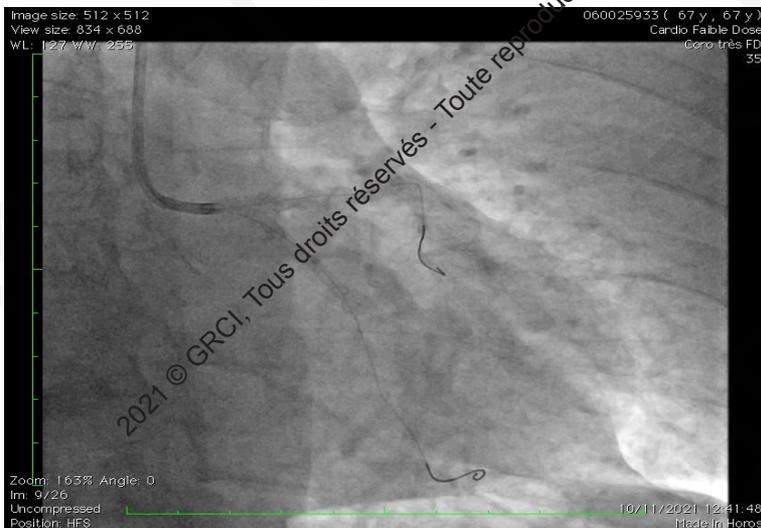
## Kissing

*Ballon NC 3,5x15mm dans IVA  
Ballon du stent 3x34mm dans CX*

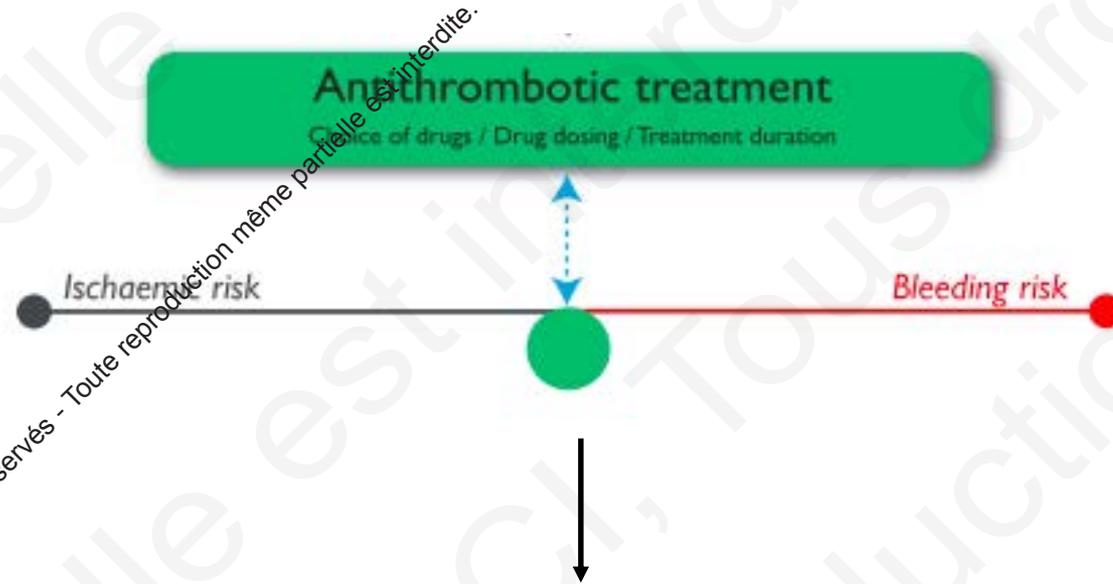


## POT final au ballon 5mm

# Contrôle final



# Stratégie thérapeutique



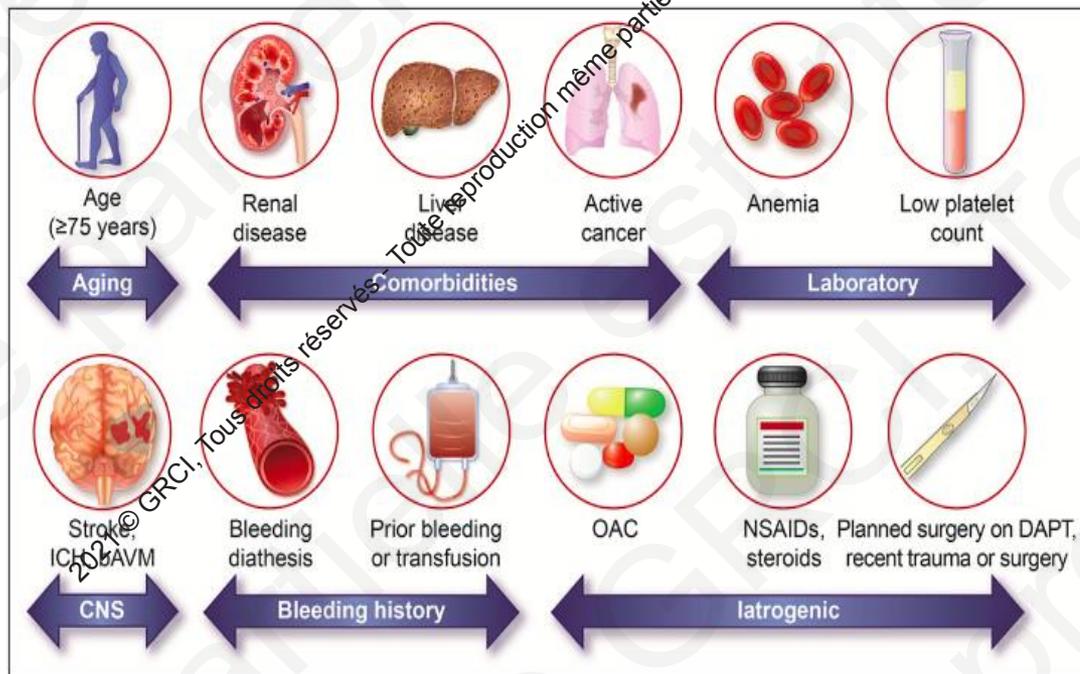
1/ Quel est le principal risque ? (Thrombose de stent, IDM ou Hémorragie majeure)

2/ Quel est le risque embolique de la FA ?

3/ Quel traitement antiagrégant ? Quel traitement anticoagulant ? Quelle durée ?

# Evaluation du risque hémorragique

## Critères ARC-HBR



Urban et al. Circulation 2019

### 3 critères majeurs :

- Hb < 11 g/dl
- Traitement anticoagulant
- Cirrhose hépatique

### 2 critères mineurs :

- Age > 75 ans
- DFG < 60 ml/min

Haut risque hémorragique

# Evaluation du risque thrombotique

## High thrombotic risk (Class IIa)

### Complex CAD and at least 1 criterion

#### Risk enhancers

Diabetes mellitus requiring medication

History of recurrent MI

Any multivessel CAD

Polyvascular disease (CAD plus PAD)

Premature (<45 years) or accelerated (new lesion within a 2-year time frame) CAD

Concomitant systemic inflammatory disease (e.g. human immunodeficiency virus, systemic lupus erythematosus, chronic arthritis)

CKD with eGFR 15–59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>

#### Technical aspects

At least 3 stents implanted

At least 3 lesions treated

Total stent length >60 mm

History of complex revascularization (left main, bifurcation stenting with ≥2 stents implanted, chronic total occlusion, stenting of last patent vessel)

History of stent thrombosis on antiplatelet treatment

## Facteurs de risque :

- **Angioplastie complexe (TCG + bifurcation à ≥2 stents)**
- **Poly vasculaire**
- **DFG < 60 mL/min**

**2020 ESC/EACTS Guidelines SCA NST**

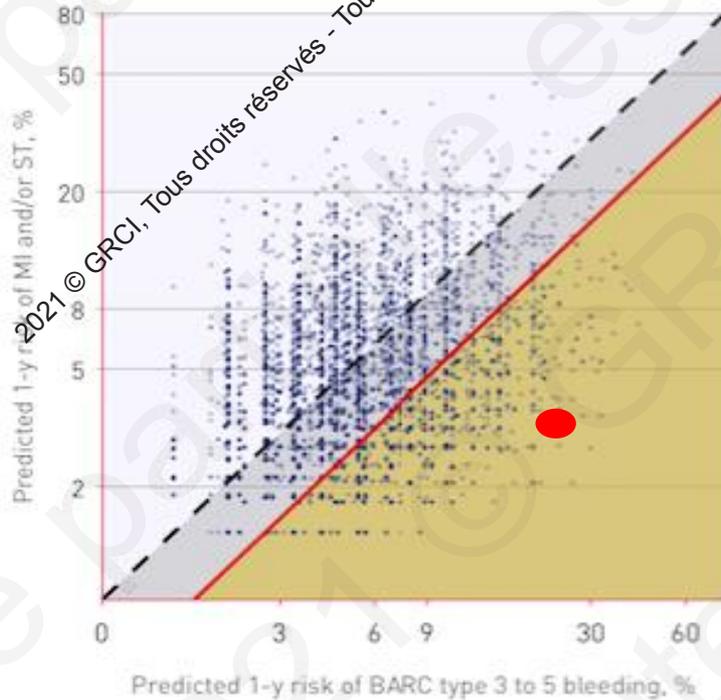
# Evaluation du risque embolique

## Score de CHADS<sub>2</sub> VASc : 4

- HTA
- Age > 75 ans
- Polyvasculaire

# Application ARC-HBR

Estimated BARC 3-5 bleeding risk after PCI (day 3-365)  
= 24.05%  
Estimated risk of MI and/or ST (day 3-365) = 1.09%  
The patient is in the yellow zone: taking the associated mortality into account, the risk of bleeding is greater than the MI/ST risk.

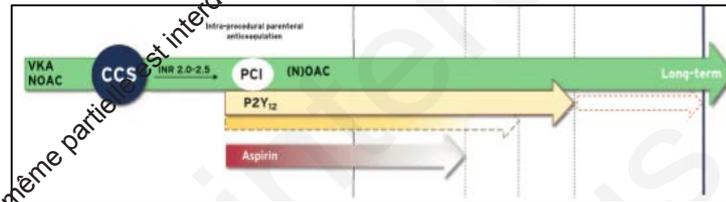


Risque hémorragique >>>> Risque thrombotique



- **DAPT courte**
  - **P2Y12i faible**
  - **Posologie réduite AOD ?**
  - **Discussion de fermeture d'auricule**
- 2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Stratégie anti thrombotique



Recommendations in AF patients with a CCS undergoing PCI	
For uncomplicated PCI, early cessation ( $\leq 1$ week) of aspirin and continuation of dual therapy with OAC for up to 6 months and clopidogrel is recommended if the risk of stent thrombosis <sup>d</sup> is low or if concerns about bleeding risk <sup>e</sup> prevail over concerns about risk of stent thrombosis, <sup>d</sup> irrespective of the type of stent used. <sup>1076,1078-1081</sup>	I A
Triple therapy with aspirin, clopidogrel, and an OAC <sup>f</sup> for longer than 1 week should be considered when risk of stent thrombosis <sup>d</sup> outweighs the bleeding risk, <sup>g</sup> with the total duration ( $\leq 1$ month) decided according to assessment of these risks, and the treatment plan should be clearly specified at hospital discharge.	IIa C

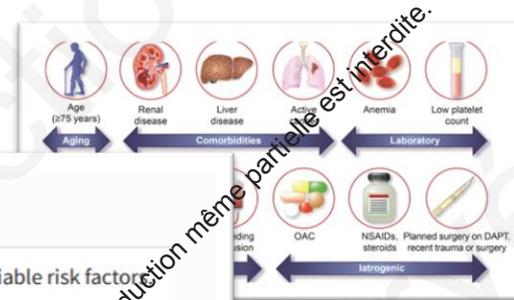
## 2020 ESC/EACTS Guidelines AF

- **Duoplavin 75/75 mg + Apixaban 2,5 mg pendant 1 mois**
- **Puis Clopidogrel 75 mg + Apixaban 5 mg pendant 6 mois**
- **Puis Apixaban 5 mg au long cours**
- **NFS régulières et réévaluation clinique à 1 mois**

# Mon point de vue critique

- **Stratégie de revascularisation:**

- 2 stents
- Athérectomie d'une bifurcation : ITL > Rota
- Plutôt DKC ou TAP car V stenting mal adapté le TC distal étant trop atteint



**Table 8**

Strategies to avoid bleeding complications in oral anticoagulation patients

Assess ischaemic and bleeding risks using validated risk predictors (e.g. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, ABC, and HAS-BLED) with a focus on modifiable risk factors.

Keep triple therapy duration as short as possible; dual therapy after PCI (OAC and clopidogrel) to be considered instead of triple therapy.

One should consider the use of a NOAC instead of a VKA when NOACs are not contraindicated.

Consider a target INR in the lower part of the recommended target range and maximize time in the therapeutic range (i.e. >65% when a VKA is used).

Clopidogrel is the P2Y<sub>12</sub> inhibitor of choice.

Use low-dose (≤100 mg daily) aspirin.

Routine use of PPIs.

Adapted from Valgimigli et al 410

The patient is in the yellow zone: taking the associated mortality into account, the risk of bleeding is greater than the MI/ST risk.

Criteria assessed	Yes	Yes	<110	Yes

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.