

Dissection coronaire spontanée

Stenter ou ne pas stenter ?

KHARCHI Ramzi

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

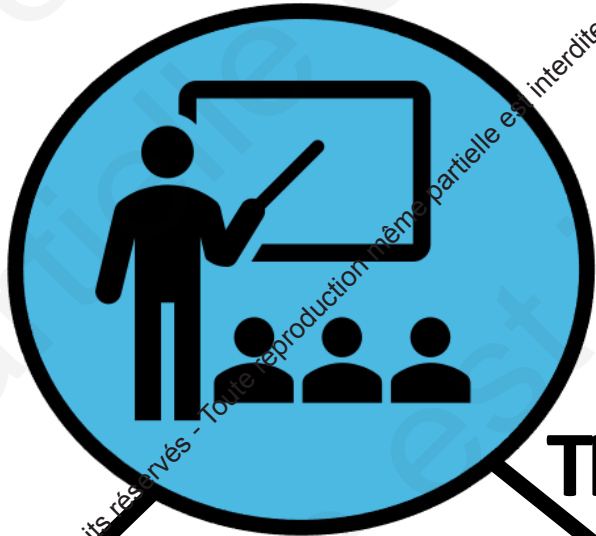
Nom de l'orateur : Ramzi KHARCHI, Sétif

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

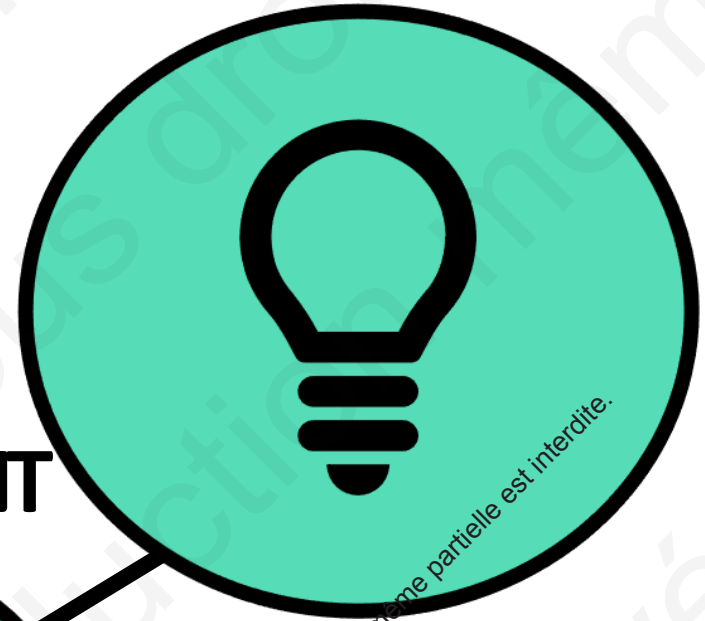
2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

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

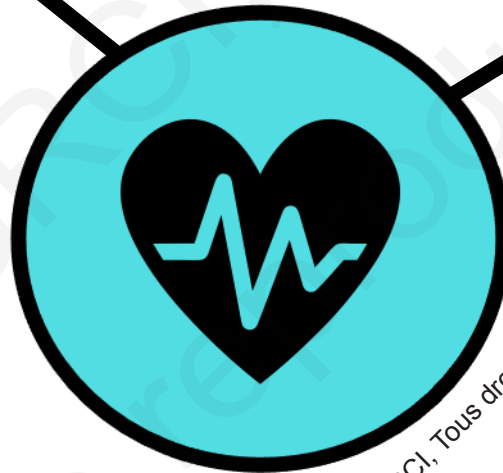
DISCUSSION



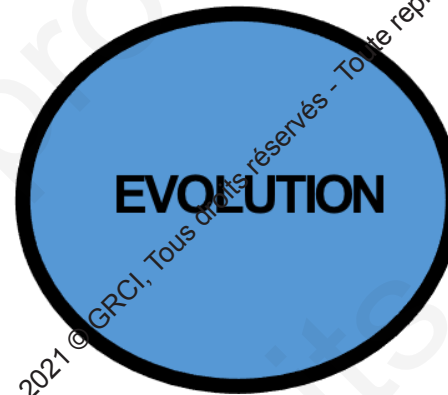
TRAITEMENT



CONCLUSION



PRESENTATION



PRESENTATION CLINIQUE



Mr SB âgé de 60

Suivie pour une insuffisance rénale terminale (sur maladie kystique du rein)

Douleur angineuse de repos

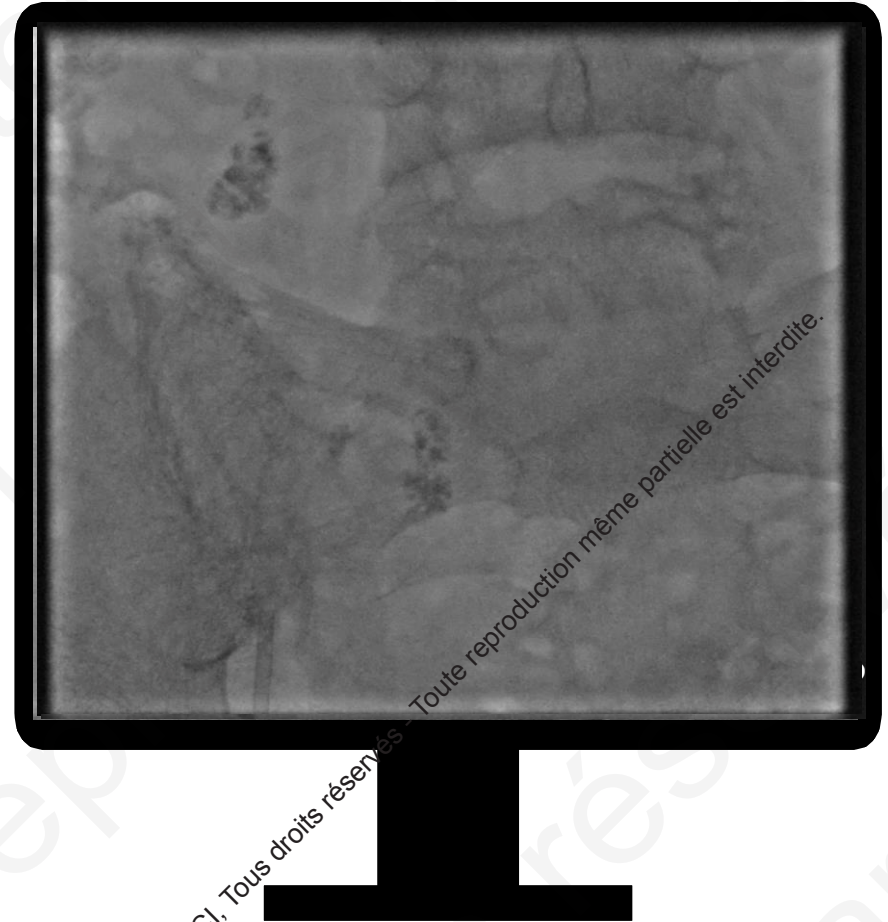
ECG BBG complet.

Troponines I us à 56 x la normale

Echocardiographie : FE 50 %



CORONAROGRAPHIE



PRISE EN CHARGE INITIALE



**Revascularisation de l'IVP
Avec un stent actif 2.25-12**

Et la dissection ?



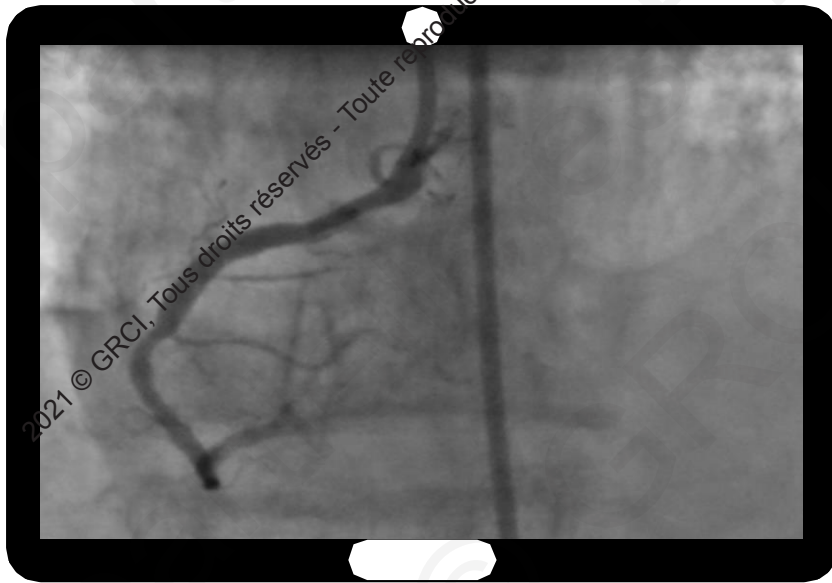
Guérison spontanée 73-97 % des cas

**Traitement :
Aspirine + Betabloqueur**

Clopidogrel 1-12 mois si SCA

IEC en cas de dysfonction VG

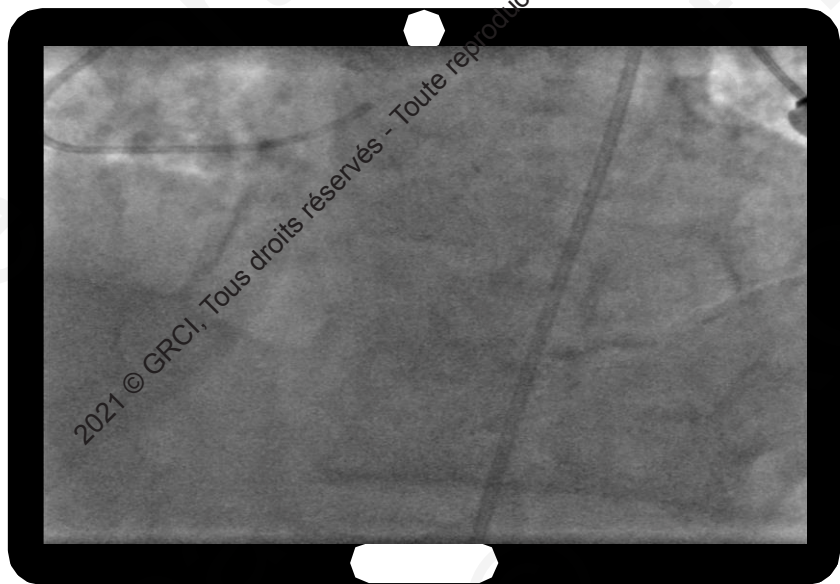
Statine en fonction du RCVx



EVOLUTION

Patient hospitalisé après 6 mois pour NSTEMI

Coronarographie : Stent perméable, CD et Cx libre de sténose



Maintien d'une approche conservatrice



Follow up de 6 mois !!

Patient symptomatique, ne terminant pas ses séances de dialyse

Stenter ou ne pas stenter ?

DISCUSSION



QUAND ?

COMMENT ?

QUI ?

QUAND ?

Selon les études observationnelle l'ICP pour dissection spontanée est associée à une faible taux de succès et un risque plus important de complications.

Revascularisation si caractéristiques à haut risque :



- Ischémie en cours ou retentissement sur le flux
- Choc cardiogénique
 - TCG
- Arythmies majeures



- Risque de dissection iatrogène (Cathéter, injection).
- Passage du guide dans la fausse lumière.
- Embolisation de l'hématome (branche collatérale).
- Extension de la dissection en amont ou en aval.
 - Thrombose de stent.
- Malaposition après résorption de l'hématome.

QUI ?

SCAD avec caractéristiques à haut risque

TCG +

TCG -

PAC

**ICP si pas de
PAC en urgence
Si haut risque**

Passage du guide dans la vraie lumière

Oui

Incertain

Non

Angiographie : SCAD

IVUS/OCT

STOP

TYPE 1

TYPE 3

TYPE 2A

TYPE 2B

Non

**Peut être couverte avec un seul stent
Couvrant plus de 5 mm**

Non

**Dilatation au ballon
+ stenting**

Stenting direct

Oui

**Cutting
POBA+Stent
Stenting des ext
Stenting proximal**

**Cutting ballon + stent
Ballon + stent
Stenting prox**

COMMENT ?

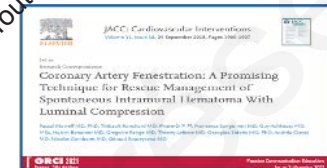
- **Angioplastie au ballon pour restaurer un flux suivie d'un traitement conservateur.**
 - **Stent long pour éviter l'extension de la dissection .**
Couvrir > 5 mm de part et d'autre des extrémités de la dissection.
 - **Stenting de la zone proximale distale avec deux stents courts puis de la zone intermédiaire.**
 - **Stenting de la porte d'entrée.**
- **Cutting balloon avec ou sans stenting (0.5 mm de moins que le diamètre du vaisseau, 6-10 mm de longueur, 4 atm de pression).**

Sealing spontaneous coronary artery dissection with bioresorbable vascular scaffold implantation: Data from the prospective "Registro Absorb Italiano" (RAI Registry)

Alfonso Ielasi¹, Bernardo Cortese², Giuseppe Tarantini³, Bruno Loi⁴, Pietro Mazarotto⁵, Gabriele Gabrielli⁶, Maurizio Tespili⁷, Chiara Rovera⁸, Donatella Corrado⁹, Giuseppe Steffanino⁸

Affiliations + expand
PMID: 27019047 DOI: 10.1016/j.jacc.2016.03.043

- **Stent bioresorbable.**



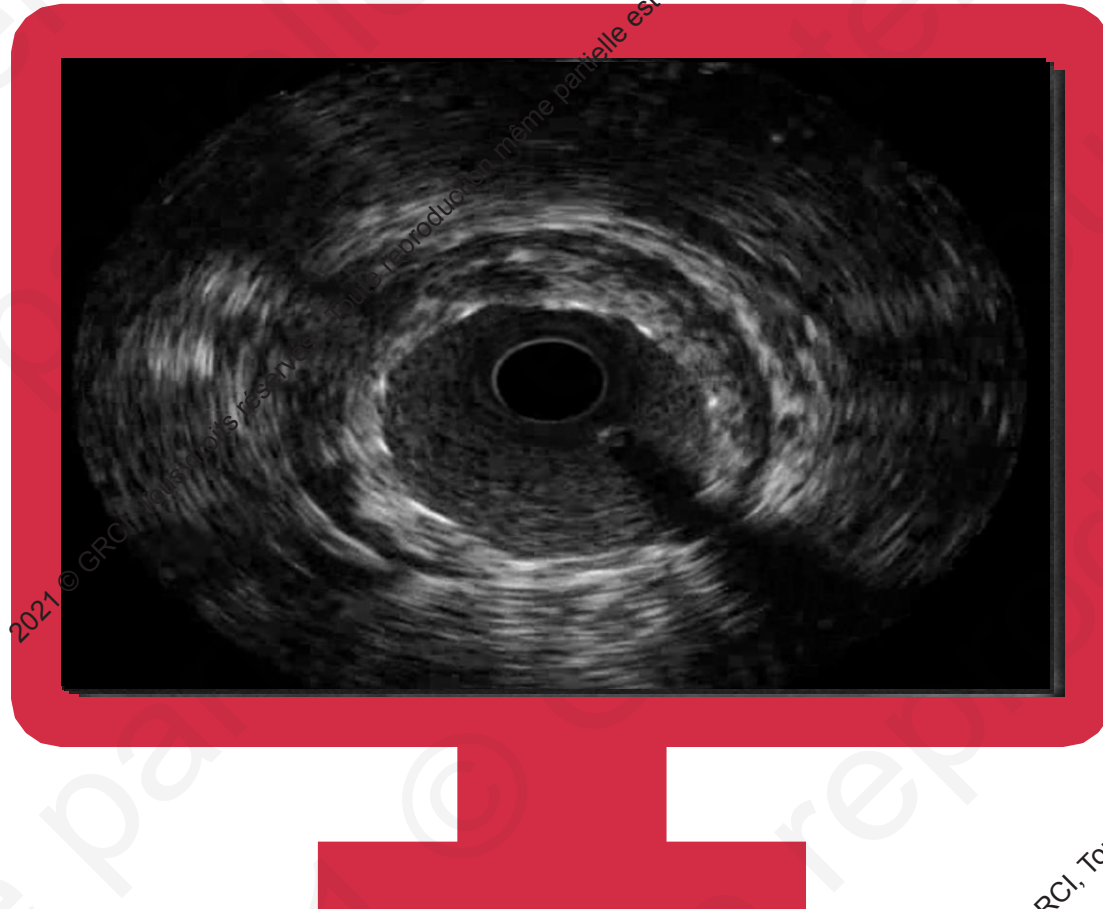
Sealing spontaneous coronary artery dissection with bioresorbable vascular scaffold implantation: Data from the prospective "Registro Absorb Italiano" (RAI Registry)

Alfonso Ielasi ¹, Bernardo Cortese ², Giuseppe Tarantini ³, Bruno Loi ⁴, Pietro Mozzarotto ⁵,
Gabriele Gabrielli ⁶, Maurizio Tespili ⁷, Chiara Rovera ⁸, Donatella Corrado ⁹,
Giuseppe Steffenino ⁸

Affiliations + expand

PMID: 27019047 DOI: [10.1016/j.ijcard.2016.03.043](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.03.043)

PROCEDURE DE REVASCULARISATION



Passage du guide

IVUS !!

FFR a 0,7

**Mise en place de deux
stents actifs**

2.75-38 et 3.0-38

RUN IVUS

Post dilatation au ballon NC

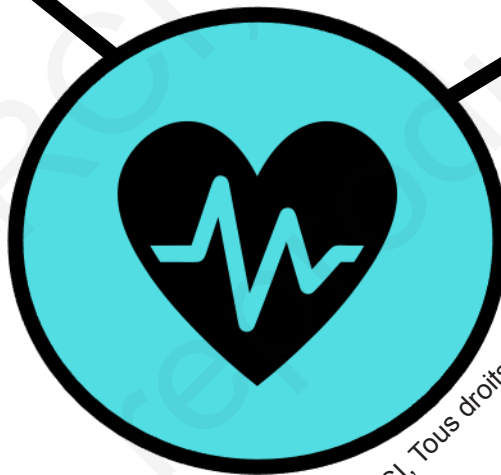
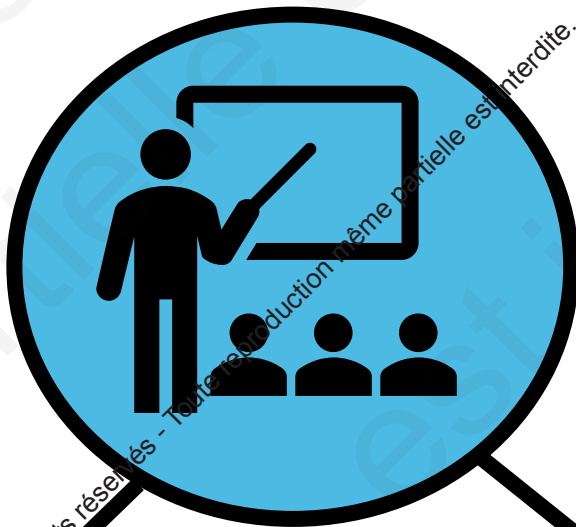
3.0-21 et 3.75-21

RESULTAT FINAL

FFR a 0.99

CONCLUSION

- La dissection coronaire spontanée est une cause de SCA de plus en plus diagnostiquée de nos jours.
 - Un traitement conservateur est de règle en absence d'ischémie persistante ou d'instabilité hémodynamique.
 - Le traitement percutané des dissections coronaires spontanées reste complexe avec un modeste taux de succès et pouvant être émaillé de nombreuses complications.
 - Lorsqu'elle est indiquée l'angioplastie doit être réalisée avec beaucoup de précautions.



R.KHARCHI

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

Merci de votre attention

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