



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

Comment traiter ce patient pluritonculaire SCA ST- ?

CNCH 2017

Dr A.FLUTTAZ

Cardiologie interventionnelle - USC

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

DÉCLARATION DE RELATIONS PROFESSIONNELLES

Conférencier : Dr FLUTTAZ Arnaud

Pas de conflits d'intérêt potentiel



EUROPA ORGANISATION
BY EUROPA GROUP

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

PLAN

* 1/ CAS CLINIQUE

* 2/ PROBLEMATIQUE ET DISCUSSION

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

CAS CLINIQUE: Mr C

- * Homme 65 ans
- * Oppression thoracique sur le lieux de travail + gêne respiratoire.
- * PEC par le SAMU en 30 minutes.
- * OAP sévère, Saturation = 70%, TA limite = 95/60 mmHg
- * Intubation sur place
- * ACR transitoire post IOT (MCE 3 minutes), + adrénaline 1 mg.
- * Dextro = 3 g/l
- * TTT: Aspepic 250 mg IV, Arixtra 2,5 mg SC

ECG

Nom:
ID#:
ID patient:
Incident:
Age: 65
||

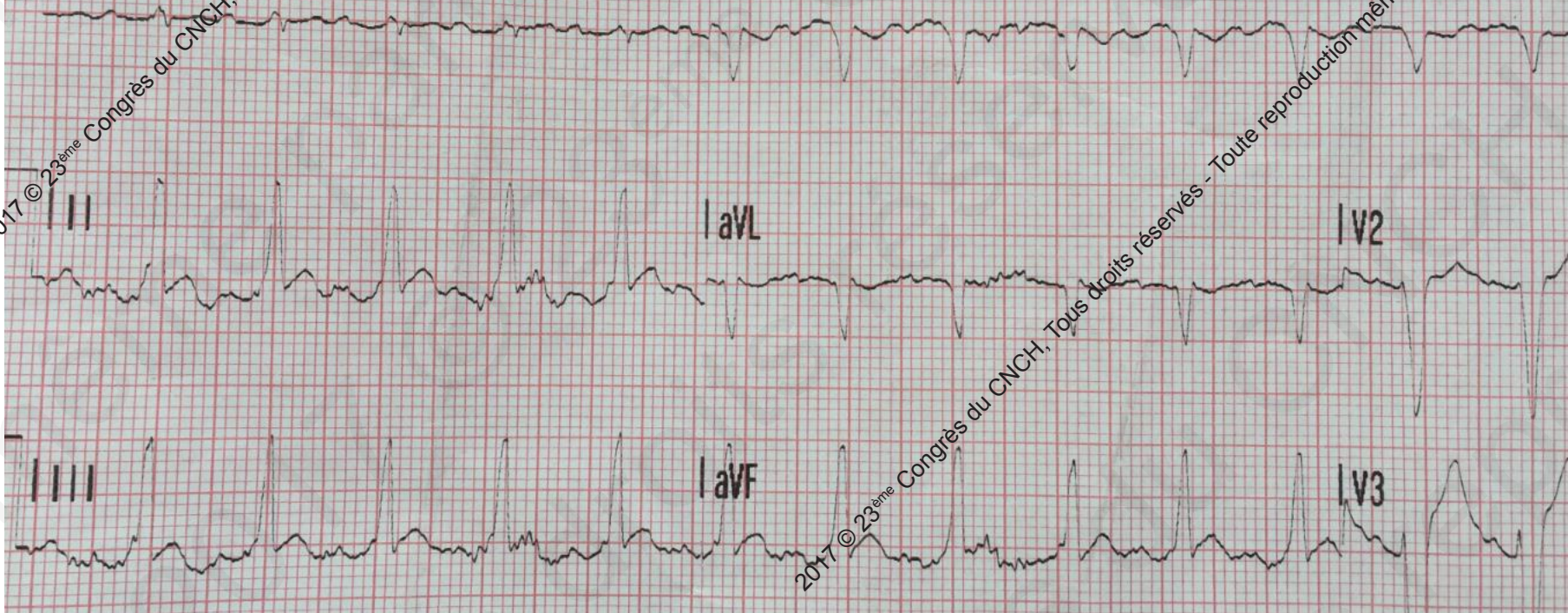
111317082936

12 dériv 2
13 Nov 17
PR 0.150s
QT/QtC
Axes P-QRS-T
| aVR

Sexe: M

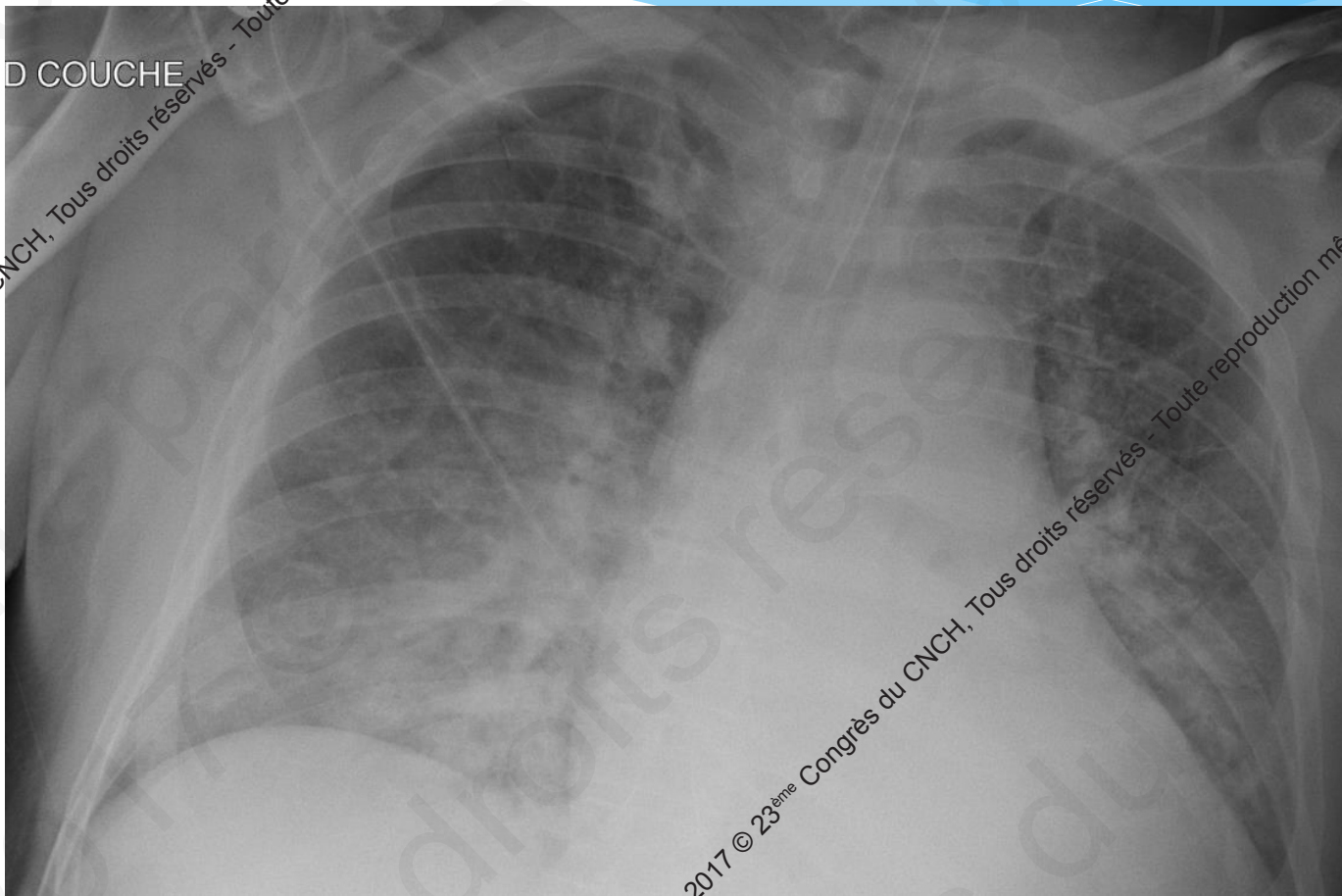
FC 135 bpm
09:03:50
QRS 0.116s
0.310s/0.441s
0° 90° 75°

ECG anormal
• Tachycardie a
• Axe droit
• INFARCTUS ANTER
• HVG avec trou
| V1



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Radio de Thorax



ETT en salle de coronarographie

- * FEVG = 30%
- * Hypokinésie marquée antéro septo-apicale
- * ITV sous Aortique = 10
- * Épanchement péricardique de 6 mm, non compressif
- * Aorte non dilatée à 38 mm
- * Pas de valvulopathie évidente

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Coronarographie

- * **En urgence ++**

- * **Voie Radiale droite, désilet 6 F**

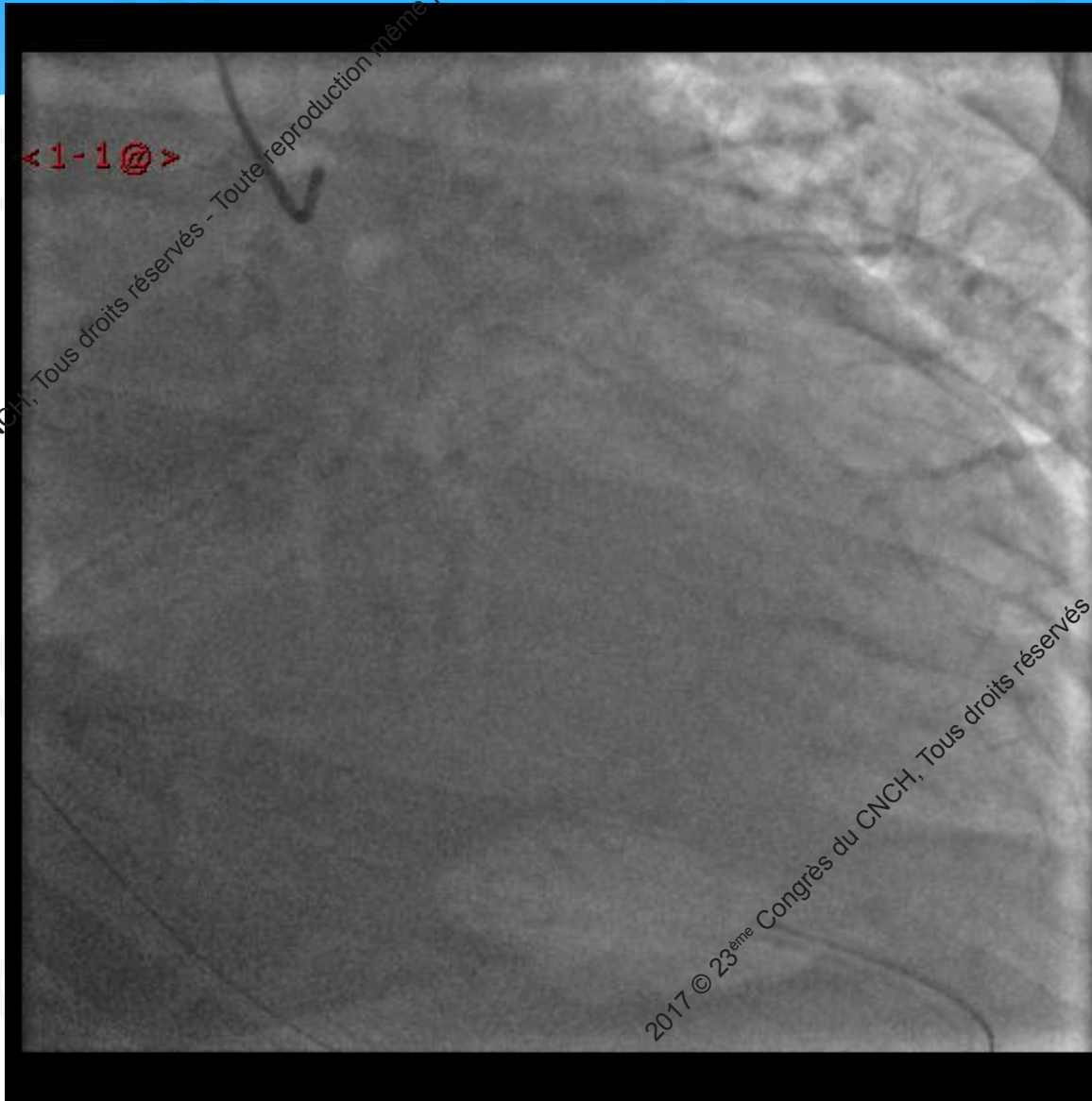
- * **JL 3,5 diagnostique réseau G : 5F**

- * **JR4 diagnostique: 5F**

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Réseau Gauche OAD-Caudale



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

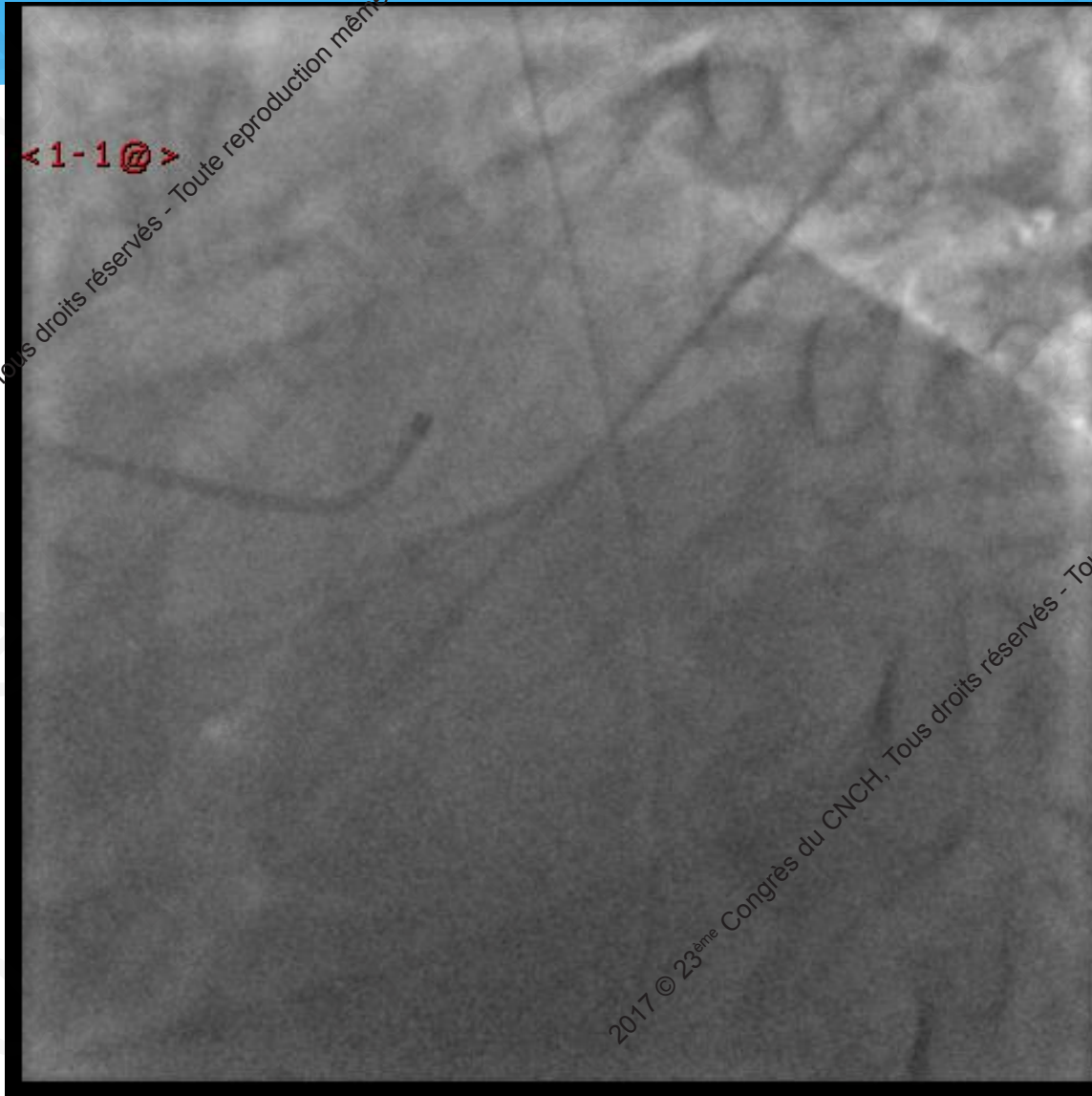
Réseau Gauche: OAD-Cranial



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Réseau Gauche: spider



Coronnaire Droite



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Que proposez vous à ce patient?

1/ Stabilisation en Réa + discussion médico-chirurgicale ?

Heart TEAM

2/ Angioplastie had oc ?

3/ FFR pour confirmer le statut pluritronculaire ?

4/ PAC en urgence ?

Notre Prise en charge au CHMS

Revascularisation par angioplastie had oc

- * Patient intubé ventilé sous amines
 - * FEVG altérée à 30%
 - * Lésions tri tronculaires mais accessibles
-
- Complément d'héparine bolus 100 Uj/kg
 - Ticagrelor 180 mg dans la SNG
 - Pas d'utilisation d'antiGp

Mr C.

**IL EST DE
DROITE !!!**

DEUX PARTOUT,
LA BALLE
AU CENTRE...

**IL EST DE
GAUCHE !!!**



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

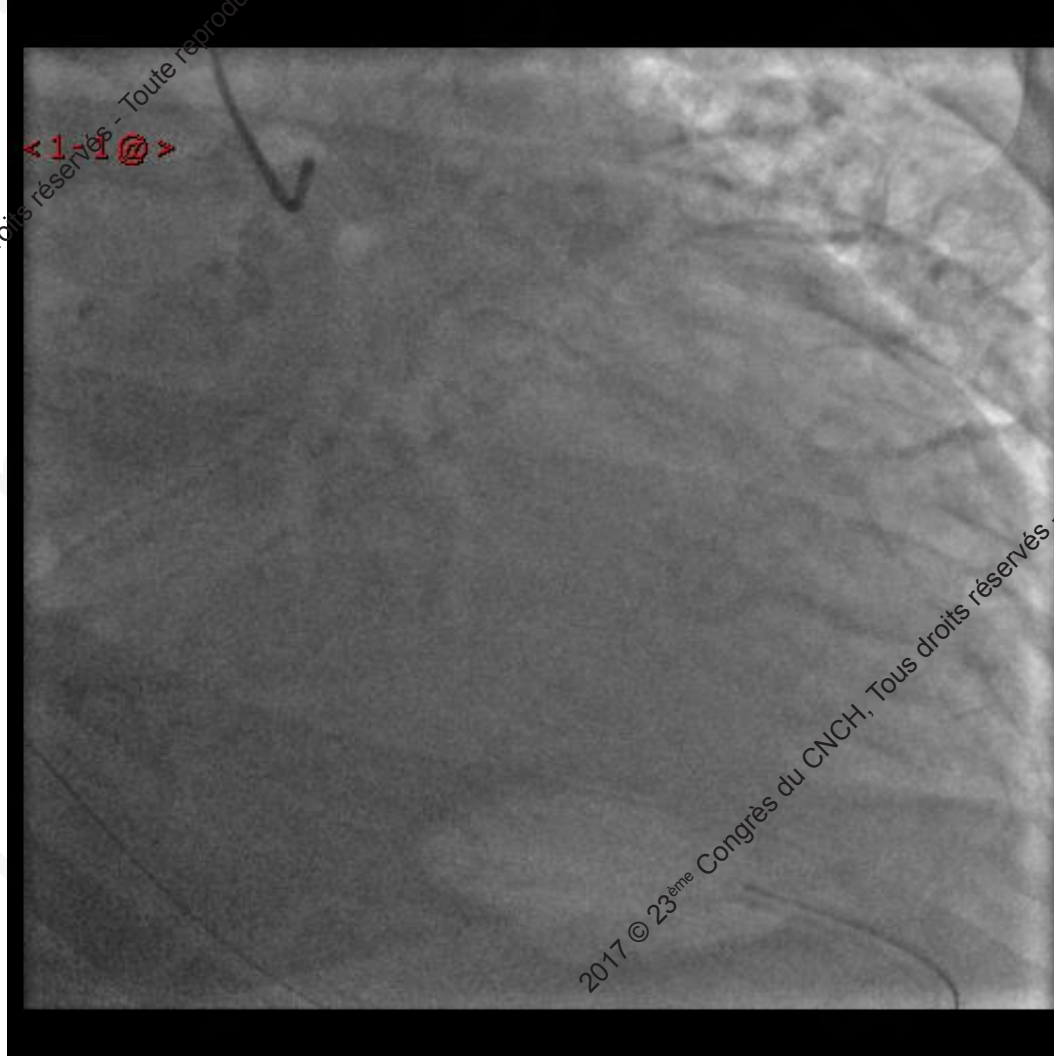
2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL IVA proximale

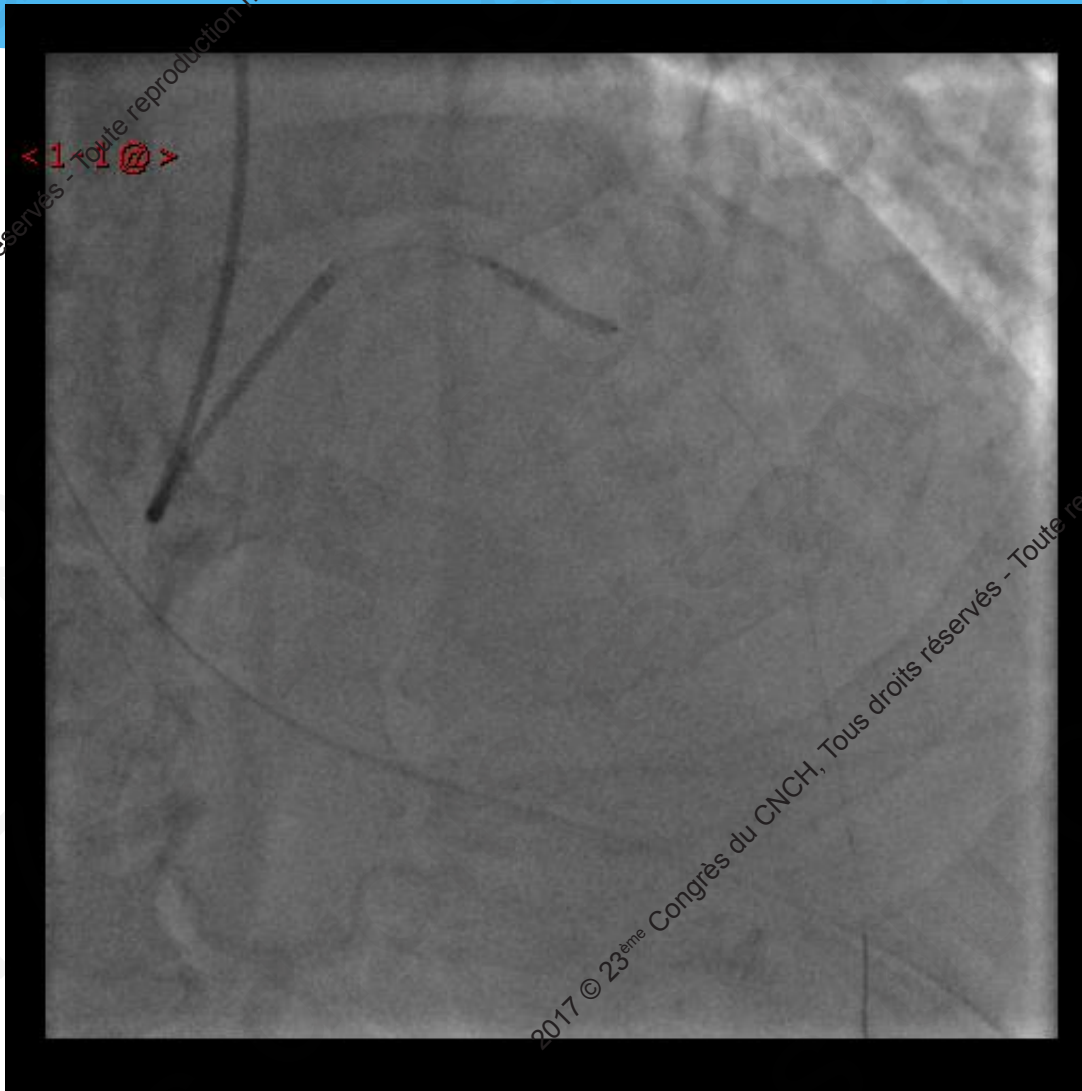
- * Lancer **6F EBU 3.75 TCG**
- * **Guide HT BMW** dans IVA
- * **Pré dilatation** ostium IVA par **ballon 2,5x20mm (12 ATM)**
- * Stenting IVA par **stent actif 3x29 mm (12 ATM)**
- * **Post dilatation** au **ballon NC 3.5 mmx15** dans la portion proximale (14 ATM)

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL IVA Prox



ATL IVA Prox



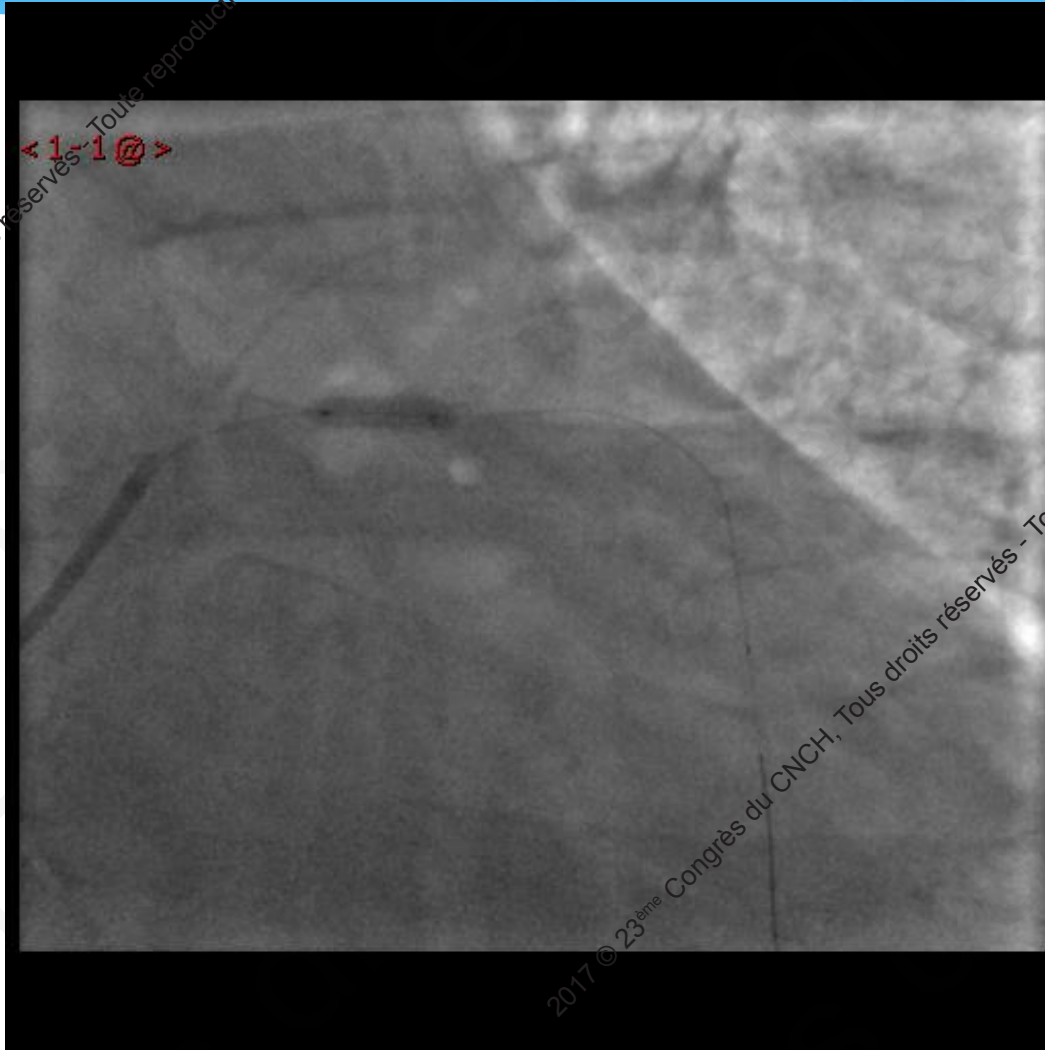
ATL IVA Prox



ATL IVA Prox



ATL IVA Prox



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL IVA Prox



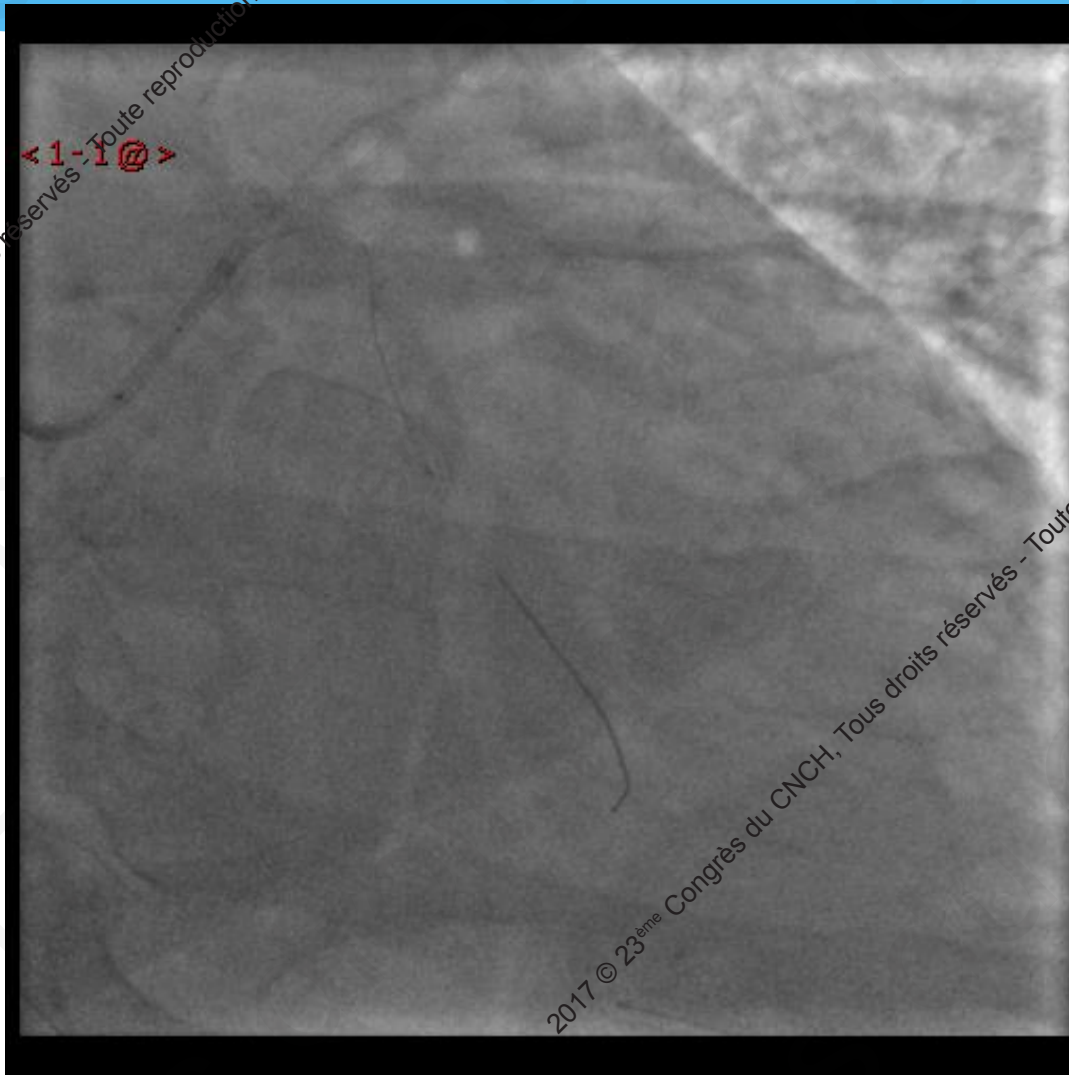
ATL Cx

- * **Guide HT BMW**
- * **Direct stenting**
- * **Stent actif 3x9 mm**

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL CX



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL CD

- * **Launcher JR4 6 F**
- * **Guide HT BMW**
- * **Pré dilatation** au **ballon SC 3x20 mm (12ATM)**
- * **Stent actif 4.5x26 mm**
- * **Post dilatation** au **ballon NC 5x20 mm**

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

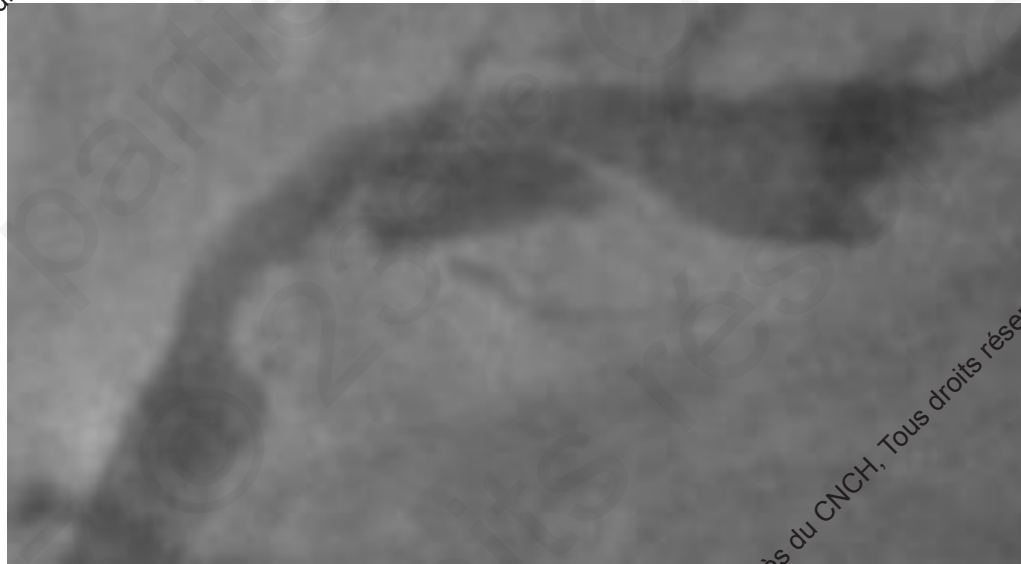
2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL CD



ATL CD

- * Lésion coupable ?



- * Discordance avec les données ETT et ECG...

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL CD



ATL CD



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

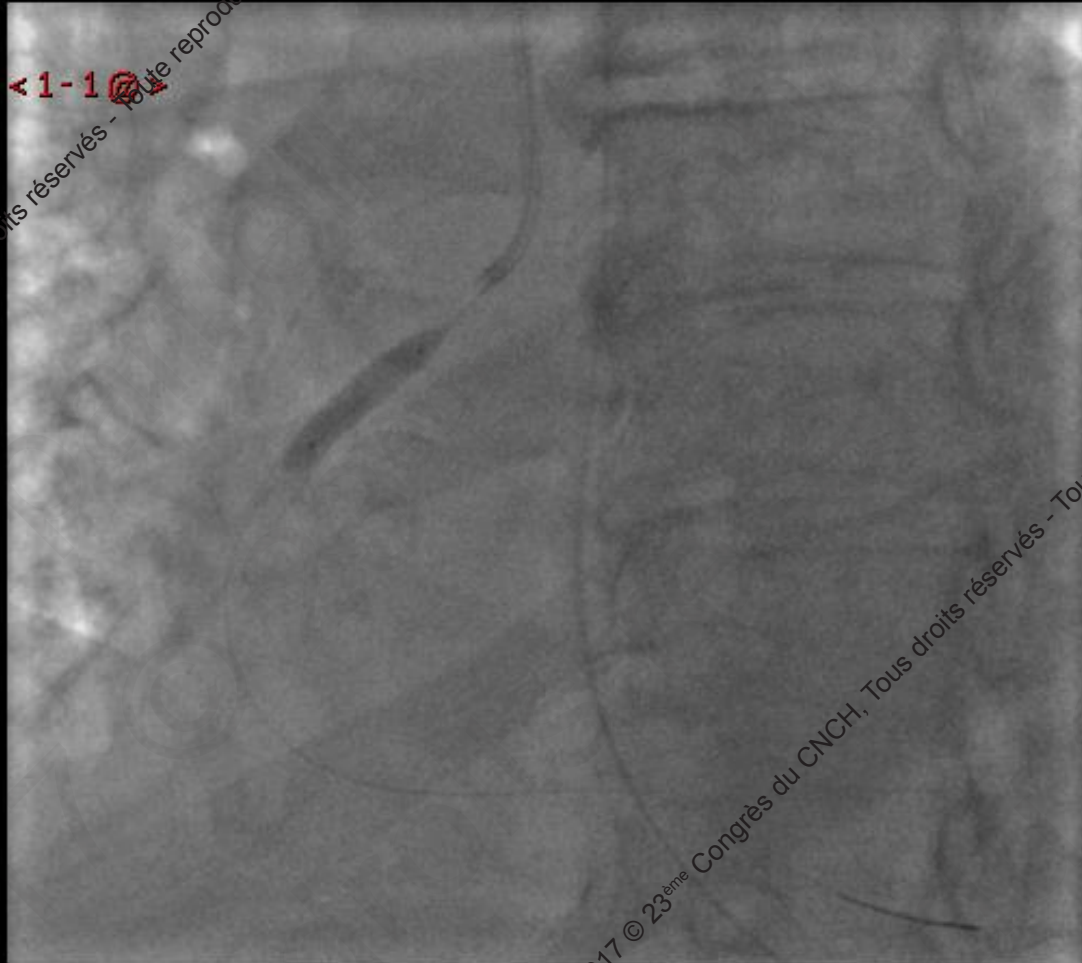
ATL CD



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

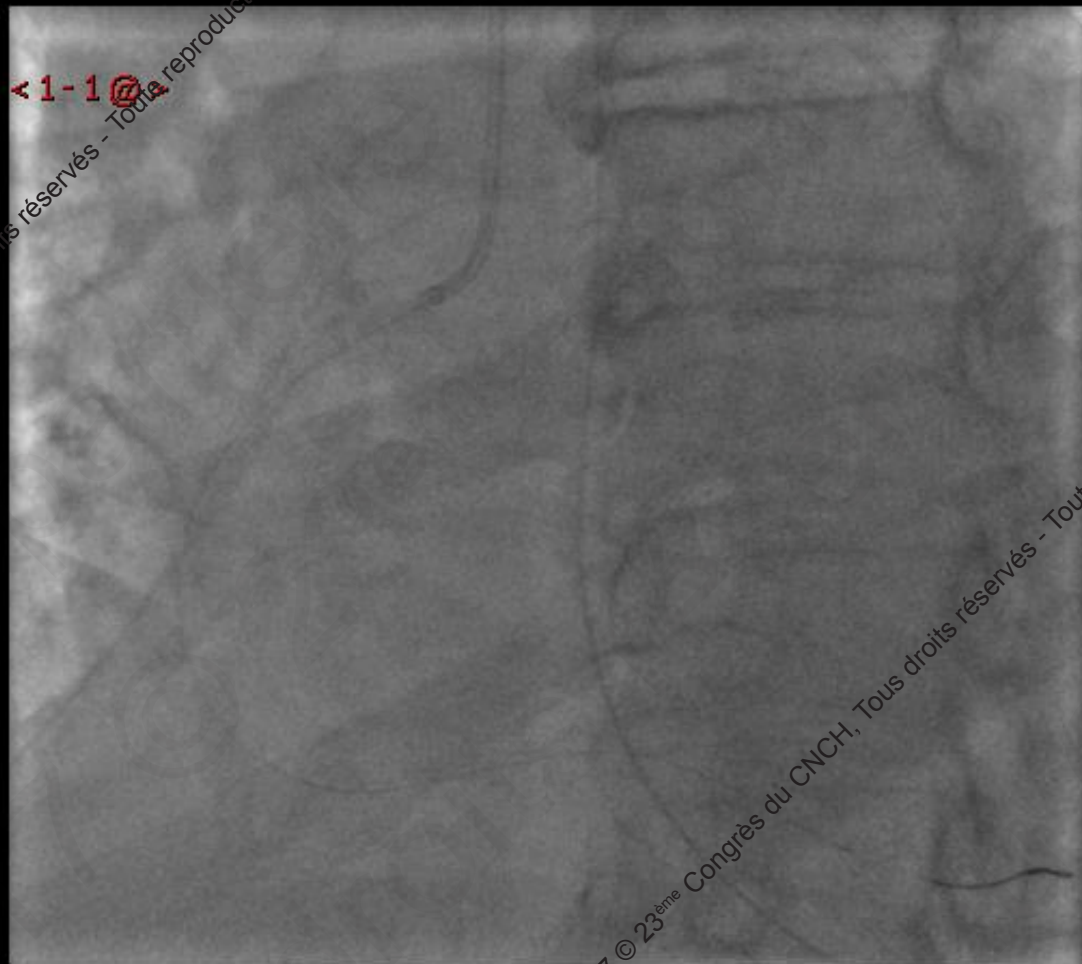
ATL CD



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL CD



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ATL CD



ATLIVA+Cx+CD

- **Voie d'abord:** Artère radiale droite - 6 French - Succès voie d'abord avec désilet laissé en place
- **Degré d'urgence / Provenance:** Urgent - Hospitalisé - Jour ouvré.
- **Salle:** GE INNOVA 2100, n° 604672BU6, mise en service en Octobre 2011.

▪ **Iomeron 350.** : 225 ml.

▪ **Temps de scopie:** 16,05 mins

▪ **Dose totale :** 11649 cGy.cm²

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Problématique

- *1/ Timing pour la Coronarographie ?
- *2/ Prêtreatment par DAPT? TTT antiThrombotique?
- *3/ Est-ce un vrai pluri tronculaire ?
- *4/ ATL ad HOC?
- *5/ Identification de la Lésion coupable ?
- *6/ Mode de revascularisation?
- *7/ Faut il tout revasculariser et quand ?
- *8/ Choix du stent ?

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

1/ Fallait-il faire la coronarographie en urgence ?

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
Urgent coronary angiography (<2 hours) is recommended in patients at very high ischaemic risk (refractory angina, with associated heart failure, cardiogenic shock, life-threatening ventricular arrhythmias, or haemodynamic instability).	I	C	
An early invasive strategy (<24 hours) is recommended in patients with at least one primary high-risk criterion (Table 7).	I	A	185,187
An invasive strategy (<72 hours after first presentation) is indicated in patients with at least one high-risk criterion (Table 7) or recurrent symptoms.	I	A	180
Non-invasive documentation of inducible ischaemia is recommended in low-risk patients without recurrent symptoms before deciding on invasive evaluation.	I	A	180,197,198

T:
in

CA
rati
PC

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2/ Fallait-il prétraiter par une DAPT?

* Attention SCA ST-

* **Diagnostiques différentiels nombreux:**

- EP
- myocardite
- dissection aortique
- ...

* Lésions relevant d'un PAC, SCA non athéromateux, lésions distales.

Reco ESC 2015 sur Prétraitement

- * Pas de pré traitement par Prasugrel (étude ACCOAST)

It is not recommended to administer prasugrel in patients in whom coronary anatomy is not known.

III

E

- * « No recommandation FOR or AGAINST pretreatment with Clopidogrel or Ticagrelor »

2/ Et les antiGp2b 3a ?

- * Seulement en Bail out

GPIIb/IIIa inhibitors during PCI should be considered for bailout situations or thrombotic complications.

IIa

C

It is not recommended to administer GPIIb/IIIa inhibitors in patients in whom coronary anatomy is not known.

III

A

3/ Pluritonculaire ?

- * **≥ 2 sténoses significatives \geq à 50% sur artères épicaudiques $\geq 2,5$ mm**

→ IVA et ses branches et/ou Cx et ses branches et/ou CD et ses branches

- * **\pm Sténose isolée ou non du TCG**

FFR et SCA ?

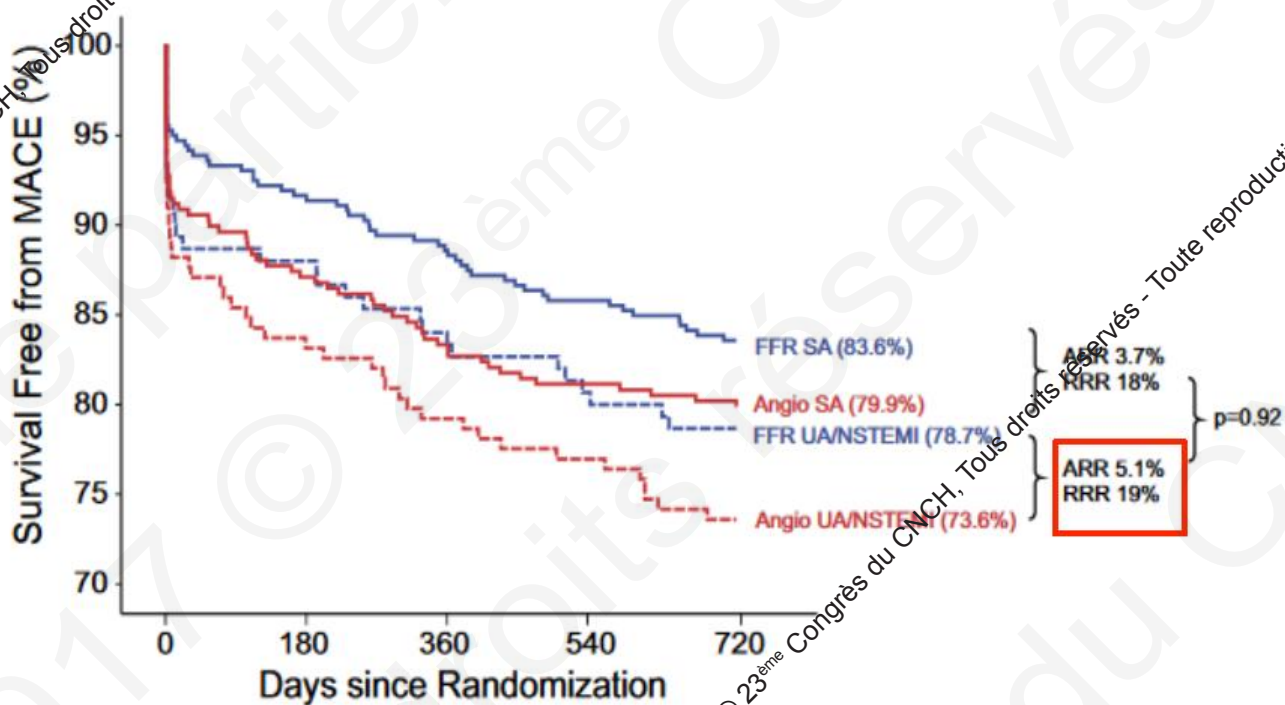
- * Problématique de la valeur de la FFR dans les SCA

* Une sténose peut donc par définition être sous-estimée avec une FFR faussement rassurante dans la lésion coupable

- * Ne ressort pas dans les recommandations de 2015

FFR:FAME

* Sous gpe angor instable/NSTEMI

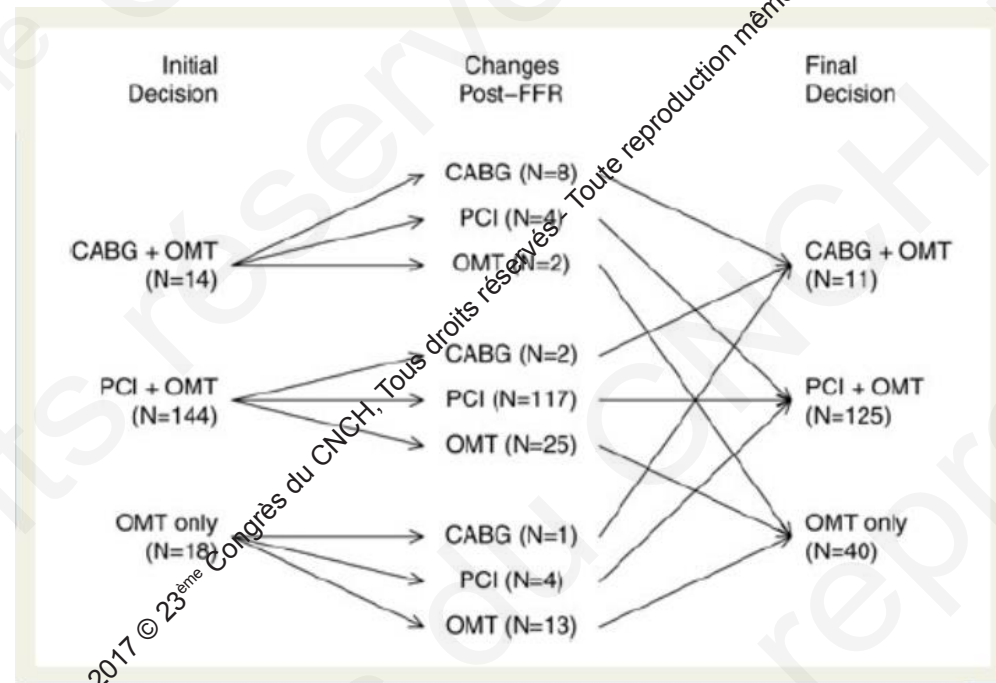


FFR: FAMOUS-NSTEMI

350 pts SGA ST-, au moins 1 sténose >30%

* ATL angio guided vs FFR guided

- * **Modification de stratégie** pour 21,6% des patients
- * **Moins de Revasc** ds le gpe FFR à un an (p=0,05)



4/ATL ad Hoc : Reco ESC 2015

	ACS			Multivessel SCAD	SCAD with ad-hoc PCI indication according to predefined Heart-Team protocols
	Shock	STEMI	NSTE-ACS		
Multidisciplinary decision making	Not mandatory during the acute phase. Mechanical circulatory support according to Heart-Team protocol.	Not mandatory during the acute phase.	Not mandatory during the acute phase. After stabilization recommended as in stable multivessel CAD.	Required.	Not required.
Informed consent	Verbal witnessed informed consent or family consent if possible without delay.	Verbal witnessed informed consent may be sufficient unless written consent is legally required.	Written informed consent. ^a	Written informed consent. ^a	Written informed consent. ^a

ATL ad Hoc et pluritronculaires ?

- * **Angor stable :**

- plutôt NON

- Heart Team

- * **Et dans les SCA ?**

- * **Situation stabilisée**: même CAT que pour le coronarien stable.

- * **Situation non stabilisée**:

- DT persistante, modifications du ST

- instabilité hémodynamique et/ou rythmique

- **ATL had oc ok**

Revascularisation des pluritronculaires stables

Indications for revascularization in patients with stable angina or silent ischaemia

Extent of CAD (anatomical and/or functional)		Class ^b	Level ^c	References
For prognosis	Left main disease with stenosis >50% ^a	I	A	108,134,135
	Any proximal LAD stenosis >50% ^a	I	A	94,108,135,136
	Two-vessel or three-vessel disease with stenosis > 50% ^a with impaired LV function (LVEF<40%) ^a	I	A	93,94,108,112,121,125,137-142
	Large area of ischaemia (>10% LV)	I	B	5,91,97,99,143,144
	Single remaining patent coronary artery with stenosis >50% ^a	I	C	
For symptoms	Any coronary stenosis >50% ^a in the presence of limiting angina or angina equivalent, unresponsive to medical therapy	I	A	54,96,105,108,118-120,145

CAD = coronary artery disease; FFR = fractional flow reserve; LAD = left anterior descending coronary artery; LV = left ventricular.

^aWith documented ischaemia or FFR \leq 0.80 for diameter stenosis < 90%.

^bClass of recommendation.

^cLevel of evidence.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

5/Lésion coupable ?

* Au moins **2 critères angiographiques** en faveur de rupture de plaque (ESC)

→ **thrombus ?**

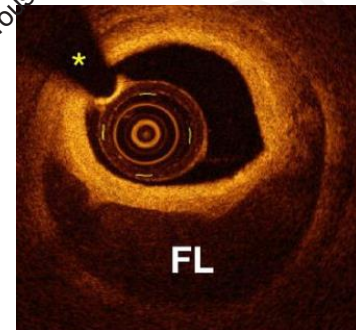
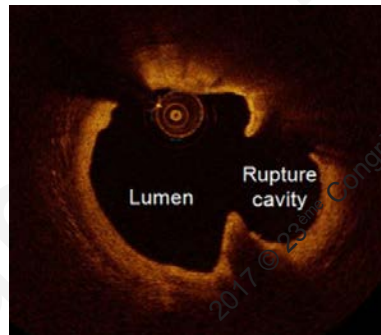
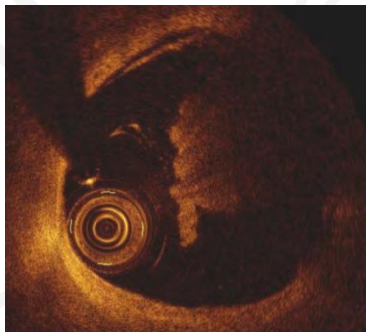
→ **ulcération de plaque** avec prise de contraste d'allure extraluminale ?

→ **dissection ?**

→ **retard de flux ?**

Lésion coupable ?

- * Orientation par l'ECG (*mais sujet à caution...*)
- * Orientation par ETT et/ou ventriculographie
- * Imagerie endocoronaire : **OCT ++**



OCT et SCA

Circulation



Optical Coherence Tomography to Optimize Results of Percutaneous Coronary Intervention in Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndrome: Results of the Multicenter, Randomized DOCTORS (Does Optical Coherence Tomography Optimize Results of Stenting) Study

Nicolas Meneveau, Geraud Souteyrand, Pascal Motreff, Christophe Caussin, Nicolas Amabile, Patrick Ohlmann, Olivier Morel, Yoann Lefrançois, Vincent Descotes-Genon, Johanne Silvain, Nassim Braik, Romain Chopard, Marion Chatot, Fiona Ecarnot, Hélène Tausin, Eric Van Belle, Loïc Belle and Francois Schiele

Circulation. published online August 29, 2016;

Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231

Copyright © 2016 American Heart Association, Inc. All rights reserved.

Print ISSN: 0009-7322. Online ISSN: 1524-4539



Nicolas Amabile, MD, PhD,
Institut Mutualiste Montsouris



Geraud Souteyrand, MD,
CHU Clermont Ferrand



Pascal Motreff, MD, PhD,
CHU Clermont-Ferrand



Nicolas Meneveau, MD, PhD,
CHU Besançon

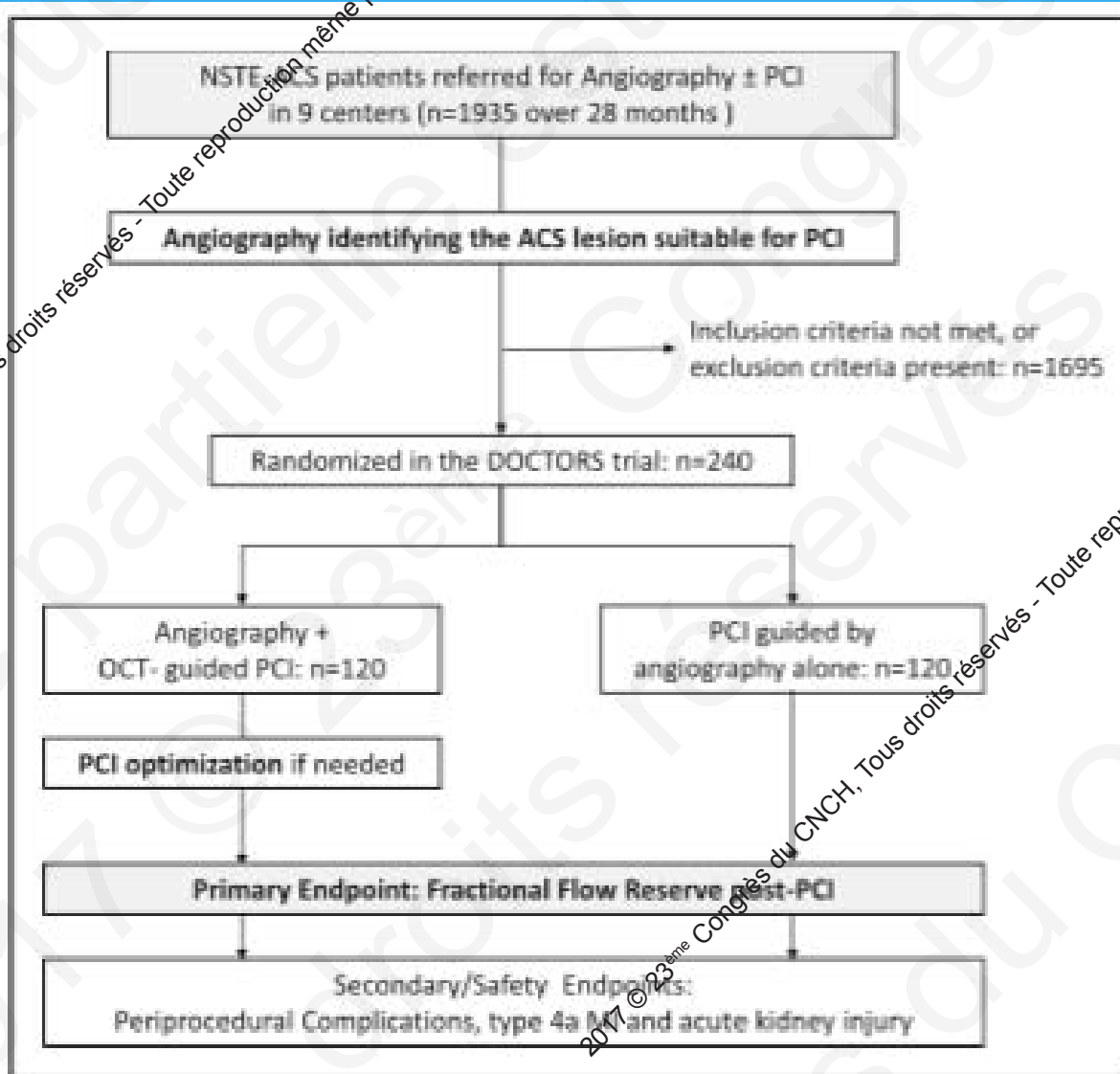


Christophe Caussin, MD,
Institut Mutualiste Montsouris

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

« Doctors »



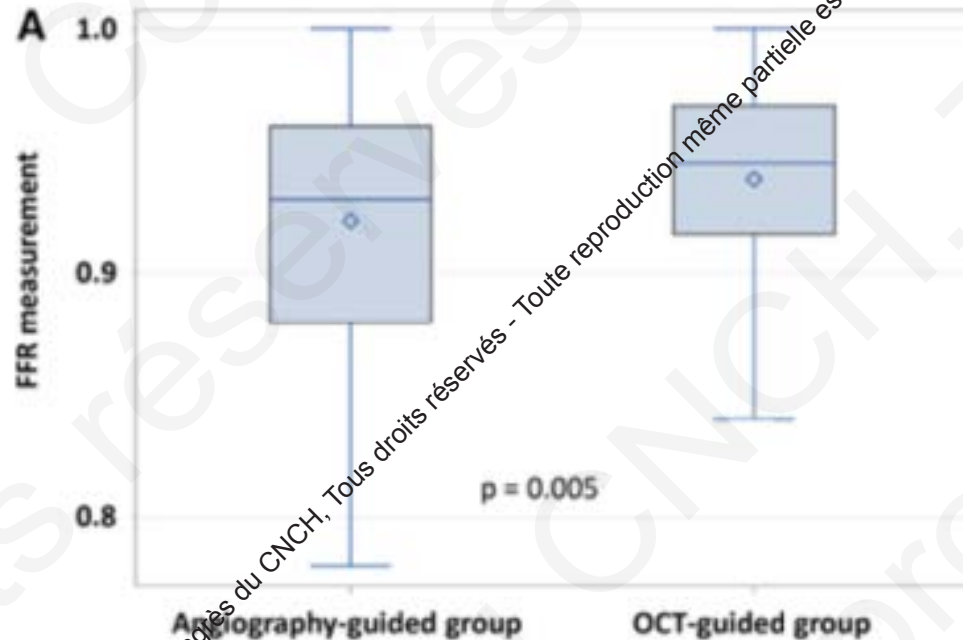
2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

« Doctors »

* FFR post stenting

* FFR plus élevée
quand ATL optimisée /OCT

Post dilatation plus nombreuses



6/ Mode de Revascularisation ?

* 1/ Si Situation clinique stabilisée:

* **Heart TEAM :**

* Scores de Risques opératoires : **STS, Euroscore 2**

* Score anatomique : **SYNTAX Score**

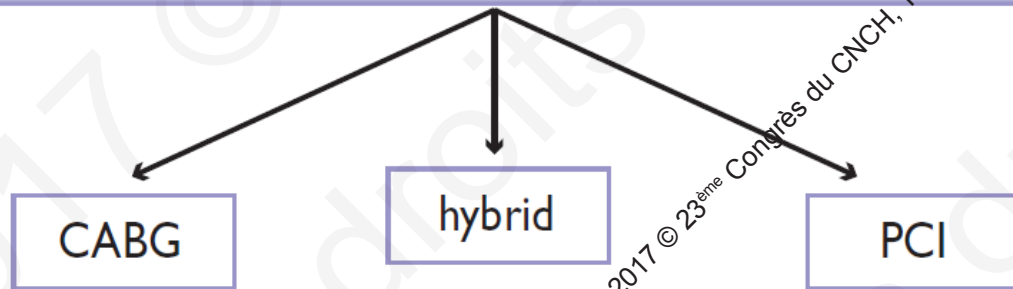
* **SYNTAX SCORE 2**

* Diabète ?

* Thorax Hostile ? Redux? Aorte Porcelaine? Post Rx?

HEART TEAM

Anatomical factors	Single; multivessel disease; left main; last patent vessel; chronic total occlusion; proximal LAD; syntax score.
Clinical factors	Age; gender; diabetes; comorbidities; frailty; LV function; tolerance of meds; clinical scores.
Technical factors	Incomplete/complete revascularization; post CABG; post PCI; extensive tortuosity/calcifications.
Local factors	Volume/quality of center/operator; patient preference; local cost; availability; waiting lists.



6/ Mode de Revascularisation ?

* 2/ Patient non stabilisé :

Faire au mieux

ATL ad Hoc

La **lésion coupable si identifiée**

Revascularisation **la plus complète possible**

SYNTAX SCORE

SYNTAX Score I

Lesion 1

(segment 1): $1 \times 2 =$
Length >20 mm
Thrombus
Sub total lesion 1

2
1
1
4

Lesion 2

(segment 4): $1 \times 2 =$
Sub total lesion 2

2
2

Lesion 3

(segment 6): $3.5 \times 2 =$
Length >20 mm
Heavy calcification
Sub total lesion 3

7
1
2
10

Lesion 4

(segment 7): $2.5 \times 2 =$
Sub total lesion 4

5
5

Lesion 5

(segment 11): $1.5 \times 2 =$
Sub total lesion 5

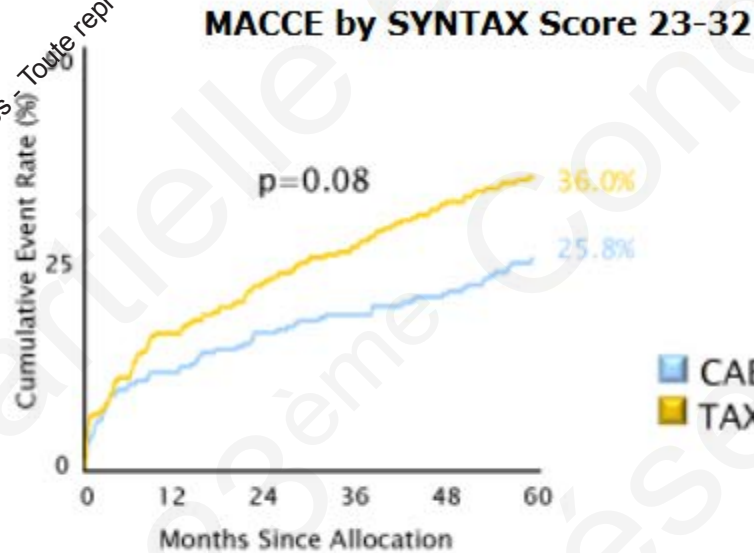
3
3

TOTAL:

24


2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

SYNTAX



The cumulative MACCE rate is displayed for the SYNTAX Trial group that score corresponds to.

Euroscore 2

Patient related factors		Cardiac related factors			
Age ¹ (years)	<input type="text" value="65"/>	<input type="text" value="0.17"/>	NYHA	<input type="text" value="IV"/>	<input type="text" value=".5597929"/>
Gender	<input type="text" value="male"/>	<input type="text" value="0"/>	CCS class 4 angina ⁸	<input type="text" value="yes"/>	<input type="text" value=".2226147"/>
Renal impairment ² <small>See calculator below for creatinine clearance</small>	<input type="text" value="moderate (CC >50 & <85)"/>	<input type="text" value=".303553"/>	LV function	<input type="text" value="poor (LVEF 21%-30%)"/>	<input type="text" value=".8084096"/>
Extracardiac atherosclerosis ³	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>	Recent MI ⁹	<input type="text" value="yes"/>	<input type="text" value=".1528943"/>
Poor mobility ⁴	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>	Pulmonary hypertension ¹⁰	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>
Previous cardiac surgery	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>	Operation related factors		
Chronic lung disease ⁵	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>	Urgency ¹¹	<input type="text" value="emergency"/>	<input type="text" value=".7039121"/>
Active endocarditis ⁶	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>	Weight of the intervention ¹²	<input type="text" value="isolated CABG"/>	<input type="text" value="0"/>
Critical preoperative state ⁷	<input type="text" value="yes"/>	<input type="text" value="1.086517"/>	Surgery on thoracic aorta	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>
Diabetes on insulin	<input type="text" value="no"/>	<input type="text" value="0"/>			
EuroSCORE II <input type="text" value="EuroSCORE II"/> <input type="text" value="21.15 %"/>					
 Note: This is the 2011 EuroSCORE II		<input type="button" value="Calculate"/> <input type="button" value="Clear"/>			

ESC 2015

Recommendation for the type of revascularization (CABG or PCI) in patients with SCAD with suitable coronary anatomy for both procedures and low predicted surgical mortality

Recommendations according to extent of CAD	CABG		PCI		References
	Class ^a	Level ^b	Class ^a	Level ^b	
One or two-vessel disease without proximal LAD stenosis.	IIb	C	I	C	
One-vessel disease with proximal LAD stenosis.	I	A	I	A	107,108,160,161,178,179
Two-vessel disease with proximal LAD stenosis.	I	B	I	C	108,135,137
Left main disease with a SYNTAX score ≤ 22.	I	B	I	B	17,134,170
Left main disease with a SYNTAX score 23–32.	I	B	IIa	B	17
Left main disease with a SYNTAX score >32.	I	B	III	B	17
Three-vessel disease with a SYNTAX score ≤ 22.	I	A	I	B	17,157,175,176
Three-vessel disease with a SYNTAX score 23–32.	I	A	III	B	17,157,175,176
Three-vessel disease with a SYNTAX score >32.	I	A	III	B	17,157,175,176

CABG = coronary artery bypass grafting; LAD = left anterior descending coronary artery; PCI = percutaneous coronary intervention; SCAD = stable coronary artery disease.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReferences.

SYNTAX 2

* SYNTAX Score 1 +

FEVG

AGE

CKD

SEXE

BPCO

TCG

SYNTAX Score II

Decision making -between CABG and PCI- guided by the SYNTAX Score II to be endorsed by the Heart Team.

PCI

SYNTAX Score II:

44.6

PCI 4 Year Mortality:

11.3 %

CABG

SYNTAX Score II:

30.8

CABG 4 Year Mortality:

7.3 %

Treatment recommendation :

CABG

7/ Revascularisation: « tout tout de suite »?

Données dans le SCA ST+ Pluritonculaire.

Danami3-Primulti: ATL culprit lesion puis randomisation TTT med Vs Revasc guidée/FFR

→ moins de Revasc dans le gpe Revasc/FFR

PRAMI: ATL culprit+ autres lésions Vs ATL culprit+TTT médical autres lésions

→ baisse de mortalité globale et mortalité CV

CvIPRIT: ATL culprit + autres lésions Vs ATL culprit seul

→ baisse DC + IDM + HeartF + Revasc

→ pas de baisse pour mortalité seule ou IDM

ESC

	ACS			Multivessel SCAD	SCAD with <i>ad-hoc</i> CI indication according to predefined Heart-Team protocols
	Shock	STEMI	NSTE-ACS		
Procedure	Proceed with intervention based on best evidence/availability. Non-culprit lesions treated according to institutional protocol or Heart Team decision.	Proceed with intervention based on best evidence/availability. Non-culprit lesions treated according to institutional protocol or Heart Team decision.	Proceed with intervention based on best evidence/availability. Non-culprit lesions treated according to institutional protocol or Heart Team decision.	Plan most appropriate intervention allowing enough time from diagnostic catheterization to intervention.	Proceed with intervention according to institutional protocol defined by Heart Team.

8/ Choix du stent ?

ESC 2015

New-generation DES are indicated for percutaneous treatment of significant coronary lesions in ACS patients.

I

A

125,129,132,
133,196,199,200

- * Stratégie hybride : BMS ou Biofreedom[®] (Leaders Free) pour DAPT courte

Take Home Message NSTEMI Pluri tronculaire



- * **Différencier les situations** « stable »/ « instable » ou « critique »
 - * Confirmer le statut pluri tronculaire : penser à **FFR** (*non culprit lesion*)
 - * Eviter les ATL ad Hoc pour les SCA ST- « refroidis » :
- ## HEART TEAM
- * **ATL ad hoc** pour les SCA ST – « instables »
 - * **OCT ++** : déterminer la lésion coupable + optimisation ATL
 - * **Revascularisation** la plus **complète** possible : même temps ? Différée?
 - * **Stent actif ++**
 - * **Choix du patient** (quand c'est possible..)

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Merci

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Angioplastie ad hoc du pluritronculaire :

* POUR :

- * Patient instable sur le plan ischémique: douleur persistante, modification ST
- * Situation clinique critique
- * Anatomie plutôt favorable

* CONTRE:

- * SCA « refroidi »
- * Tri tronculaire avec anatomie défavorable - Diabète
- * Staff médico - chirurgical

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

SYNTAX II avec bon VG

SYNTAX Score II

SYNTAX II


Decision making -between CABG and PCI- guided by the SYNTAX Score II to be endorsed by the Heart Team.

PCI

SYNTAX Score II:	30.8
PCI 4 Year Mortality:	7.3 %

CABG

SYNTAX Score II:	26.7
CABG 4 Year Mortality:	5.2 %

Treatment recommendation : CABG or PCI

Information

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
It is recommended that patients undergoing coronary angiography are informed about benefits and risks as well as potential therapeutic consequences ahead of the procedure.	I	C	-
It is recommended that patients are adequately informed about short- and long-term benefits and risks of the revascularization procedure as well as treatment options. Enough time should be allowed for informed decision-making.	I	C	-
It is recommended that institutional protocols are developed by the Heart Team to implement the appropriate revascularization strategy in accordance with current guidelines. In case of PCI centres without on-site surgery, institutional protocols should be established with partner institutions providing cardiac surgery.	I	C	-
It is recommended that patients for whom decision-making is complex or who are not covered by the institutional protocol are discussed by the Heart Team.	I	C	-

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

8/ Choix du stent

HAS

Évaluation des risques relatifs du pontage et de l'angioplastie (Euroscore, score Syntax)
Discussion médico-chirurgicale (dans certains cas en urgence)

Pontage aorto-coronarien

Angioplastie coronarienne

Patient à haut risque de resténose

Autres patients

Stent actif :

Cypher[®], Endeavor[®],
Endeavor Resolute[®], Resolute Integrity[®],
Promus[®]/Xience[®], Taxus[®]

Stent nu

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.