

Analyser et traiter les lésions coronaires calcifiées

A deux, c'est mieux !

Dr Neïla SAYAH
Hôpital Bichat, Paris



Pr Jacques MONSEGU
ICV de Grenoble

Intervenant : N,SAYAH

Pas de conflit d'intérêts

Intervenant : J. Monségu

Pas de conflit d'intérêts

Déclaration de liens d'intérêt potentiels

CNCH 2022 Tous droits réservés Toute reproduction même partielle interdite

Toute reproduction même partielle interdite

Tous droits réservés Toute reproduction même partielle interdite

Toute reproduction même partielle interdite

repro

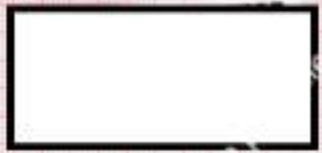
Histoire clinique

- Patient de 90 ans
- HTA, dyslipidémie
- Troubles cognitifs fronto-temporaux mais autonomie conservée
- Hospitalisation en USIC pour décompensation cardiaque
- FA paroxystique

28^{ÈME} CONGRÈS CNCH
PRÉSENTIEL & DIGITAL
CNCH 2022 Tous droits réservés Toute



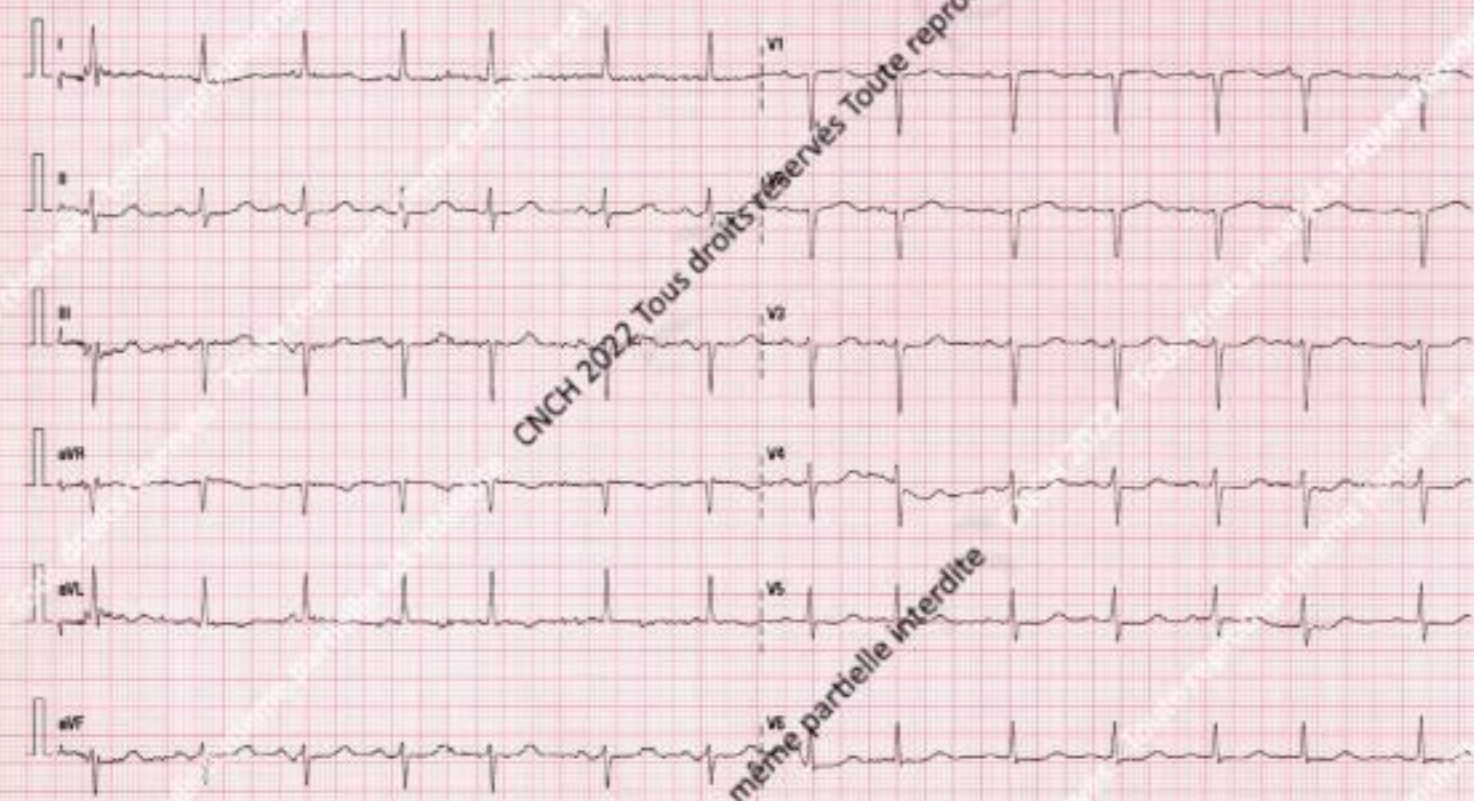
Nom:
Age:
Sexe:



Freq. Ventriculaire 89 bpm
Intervalle PR 174 ms
Durée QRS 84 ms
Interv. QT/QTc 420/460 ms
Axes P/QRS/T 55/-24/90 deg
QTc/Reyes

Arythmie sinusale
Electrodes inadaptées à l'analyse : V6
— Interprétation sans connaître le site d'âge du patient —
Allongement Intervalle QT limite
Envisager une anomalie atriale gauche
Axe dévié vers la gauche
Faible progression de onde R
Anomalie du seg. ST-T antéro-latéral non-spécifique

ECG limite Diagnostic non confirmé.

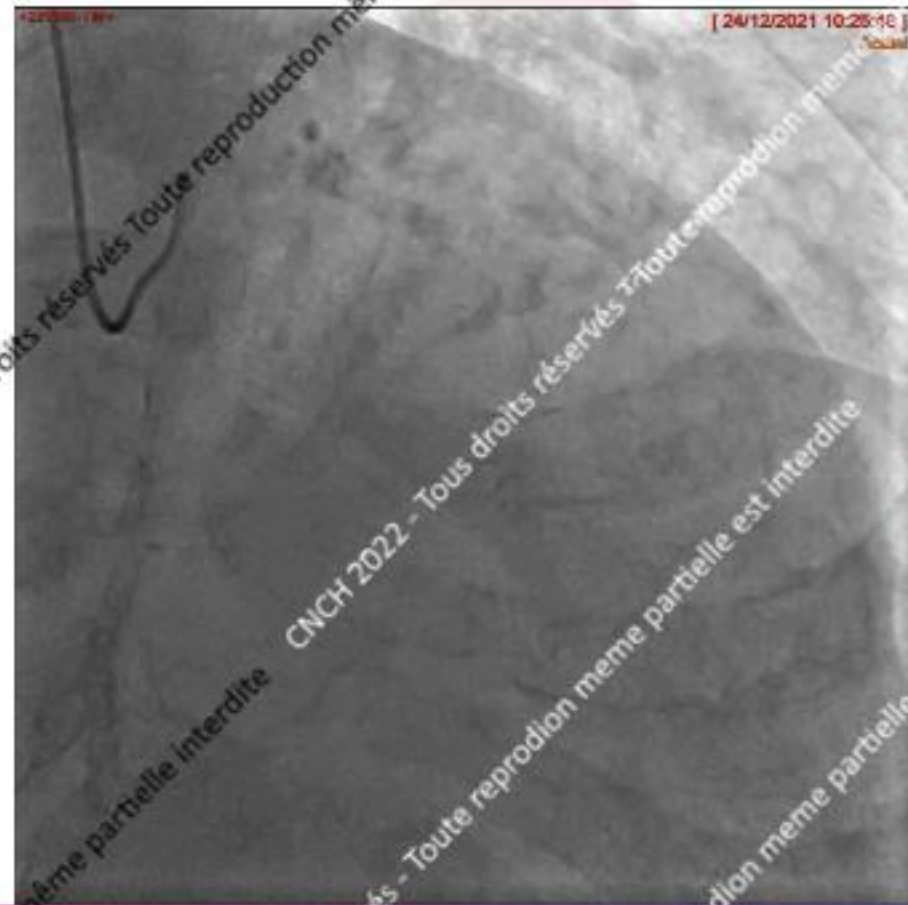


Histoire clinique

- Biologie : creat $105\mu\text{mol/l}$, K⁺ 3.5mmol/l , troponine $2\ 000\text{ng/L}$, NT proBNP 7000
- ETT : FEVG altérée à 40 %, akinésie de l'apex débordant sur les segments apicaux et médians des parois adjacentes. IM modérée

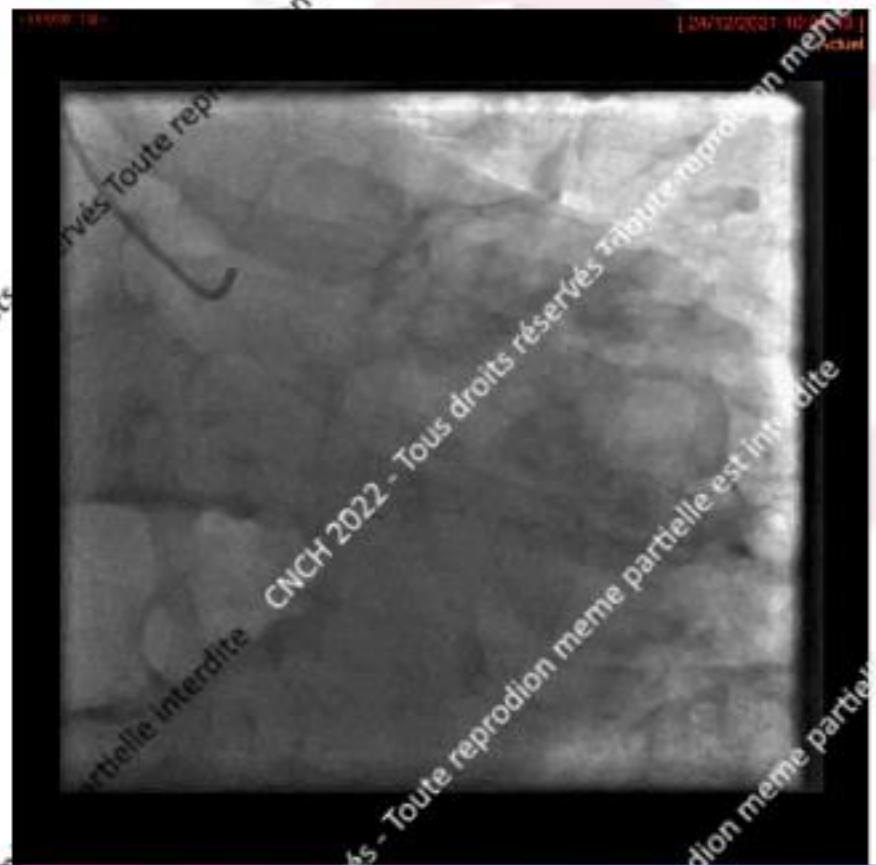
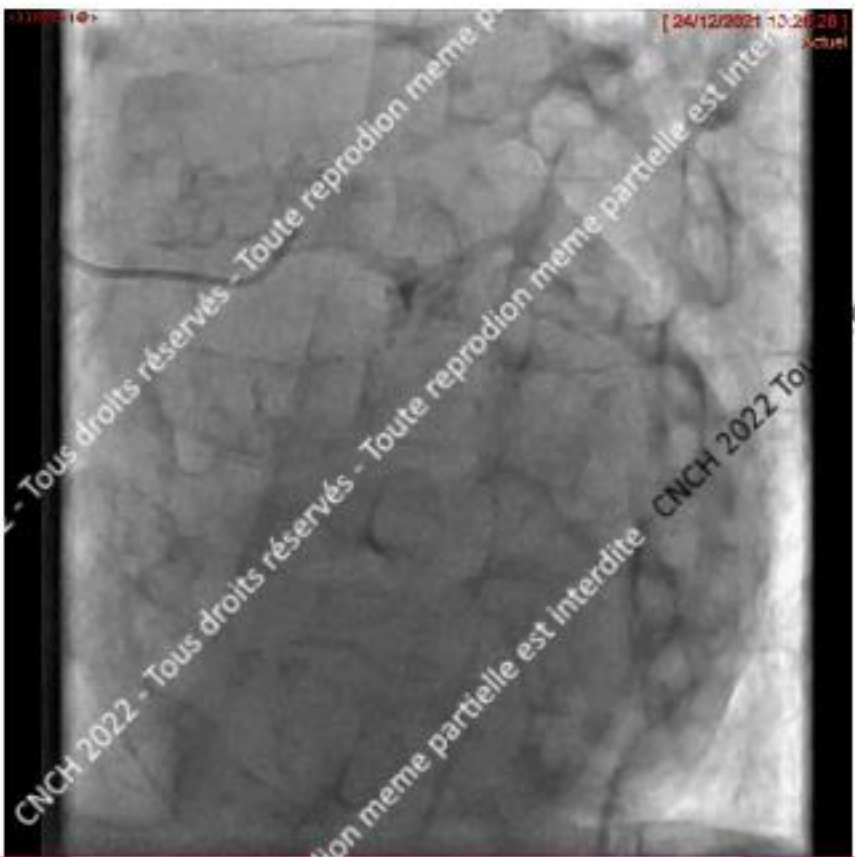


Coronarographie





Coronarographie



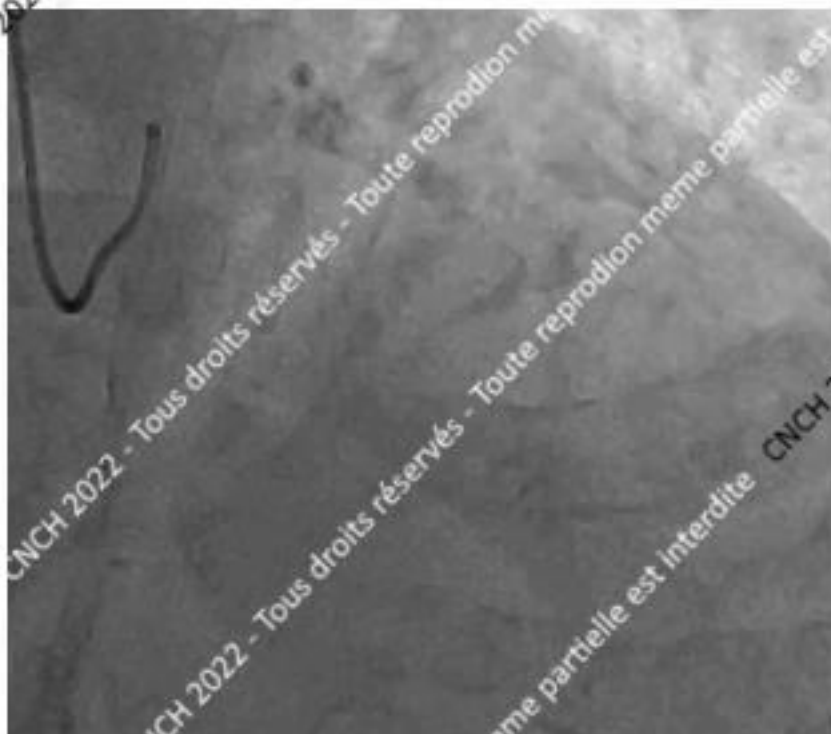
Coronarographie



Prise en charge

- Décision de différer l'angioplastie
- Echographie dobutamine :
Existence d'une viabilité dans le territoire antérieur

La lésion



Calcifications circonférentielles et profondes



Lésion ostiale IVA
Lésion critique IVA proximale en tandem
Petit anévrisme post-lésionnel
Lésion de bifurcation

Le patient

NSTEMI

>> procédure non ad hoc sur un argument objectif

Patient à haut risque

HBR

ischémique

Criteria assessed

≥ 65 years old

Yes

NSTEMI or STEMI presentation

Yes

Estimated GFR (mL/min)

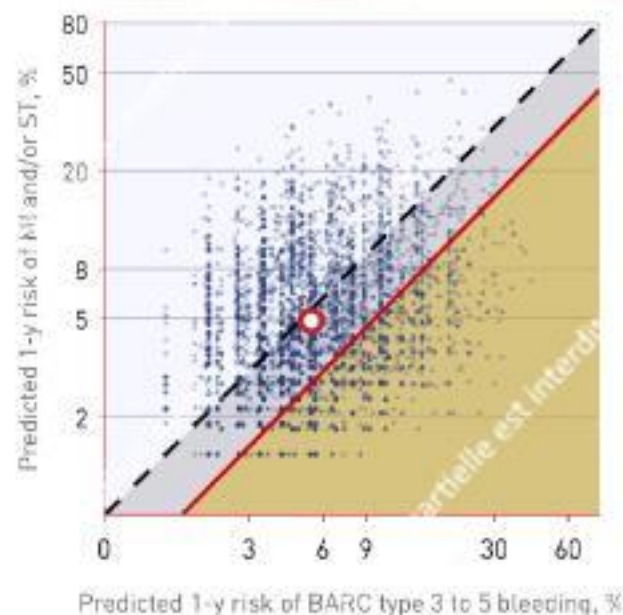
30-59

Complex procedure

Yes

OAC at discharge

Yes



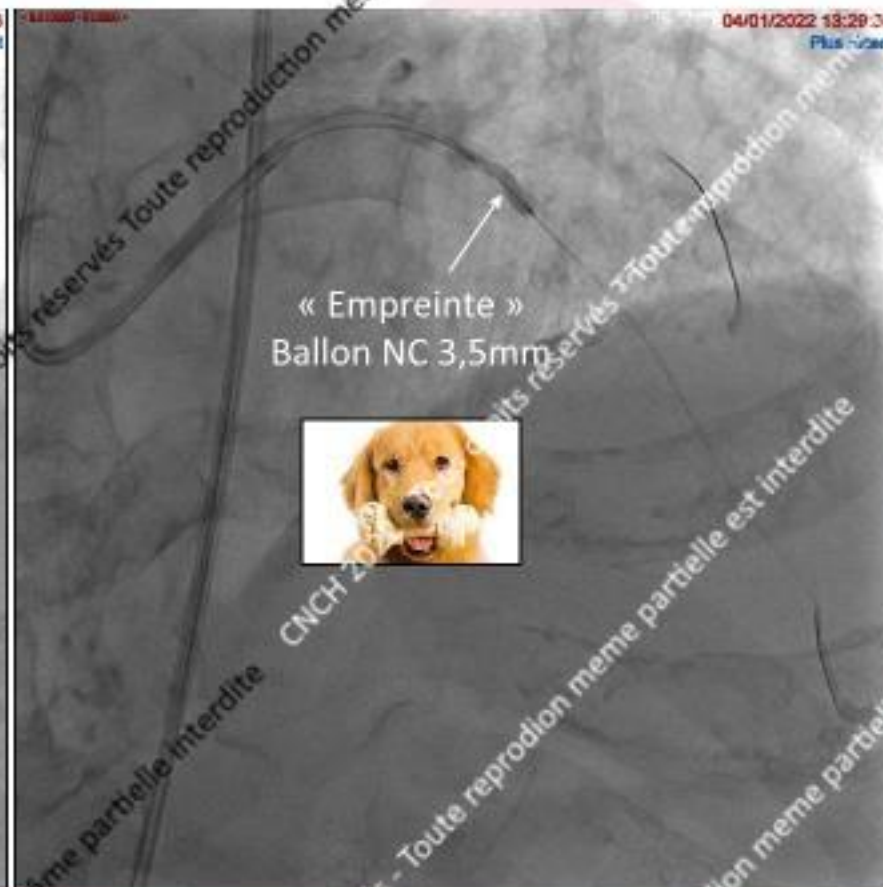
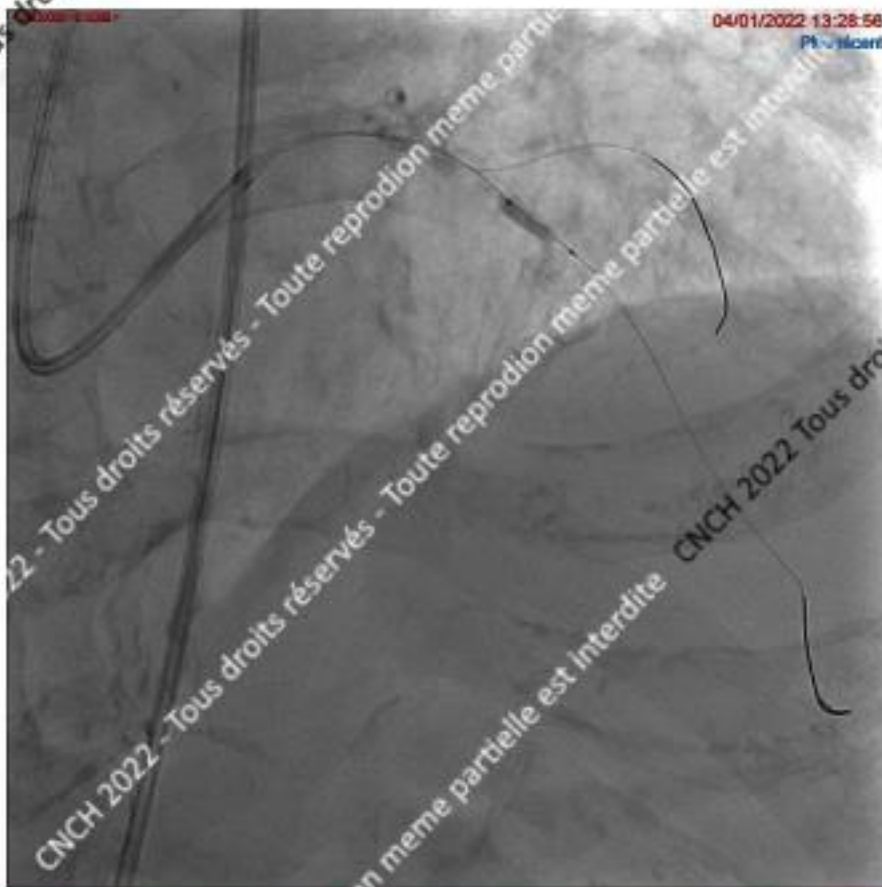
Procédure



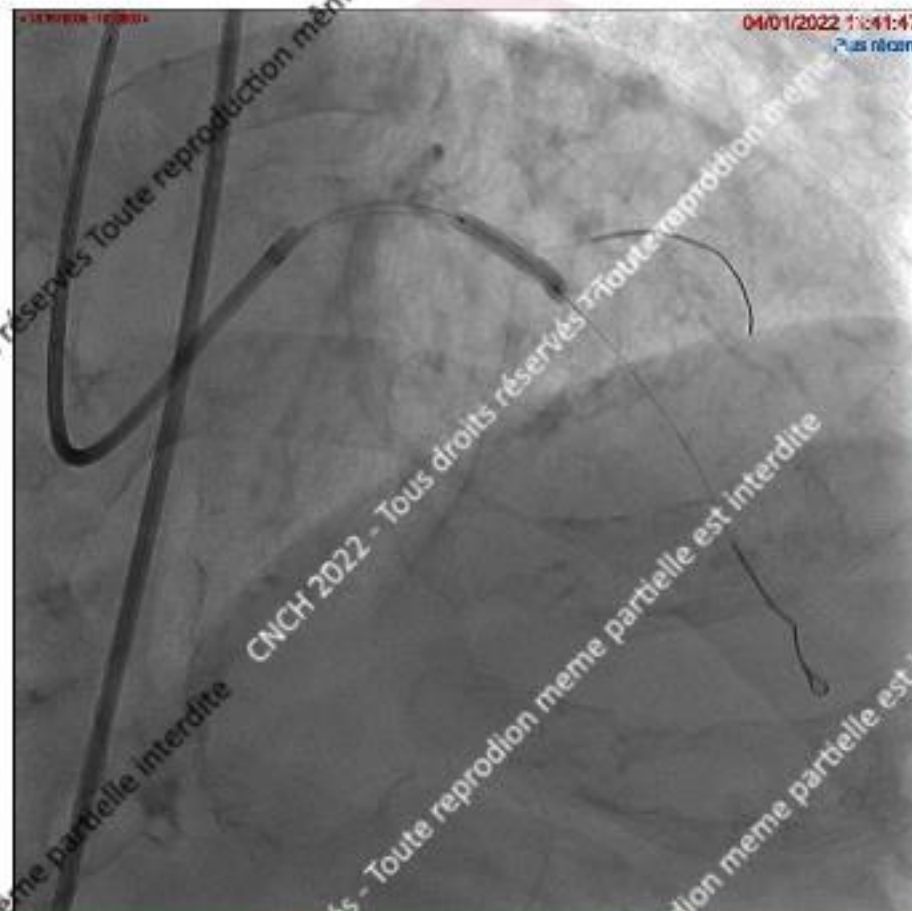
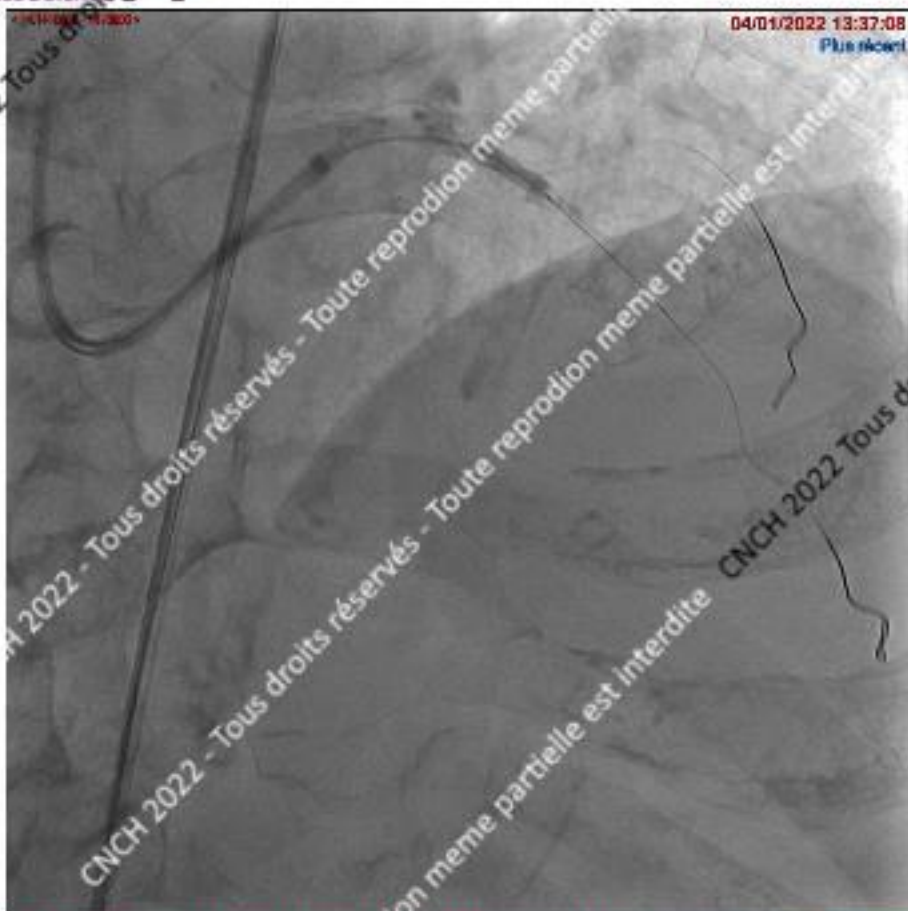
- Kerdegic / Plavix / Lovenox curatif
- Echec voie radiale (Glidesheath Siender™)
- Voie fémorale 7F - ponction écho guidée
- HNF 70 UI/kg
- EBU 4
- Microcatheter Teleport Control et guide Sion Blue
- Echange pour un Rotawire Floppy
- Rotapro avec fraise de 1,5mm

Procédure





Echange pour un guide Sion Blue dans l'IVA
Protection de D1 par un guide Sion Blue



- Décision de complément de lithotripsie intra coronaire avec ballon de 3,0x12mm (ballon de 3,5 non disponible)
- 8 x10 thérapies délivrées

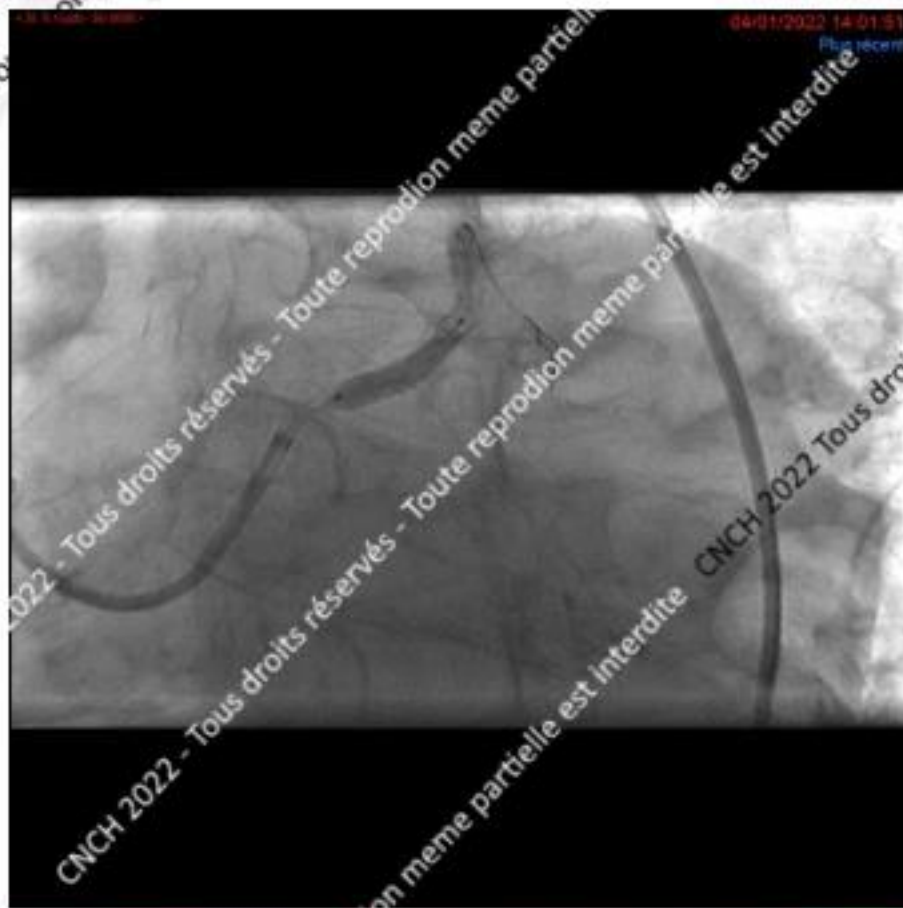
- Post dilatation au ballon NC 3,5mm



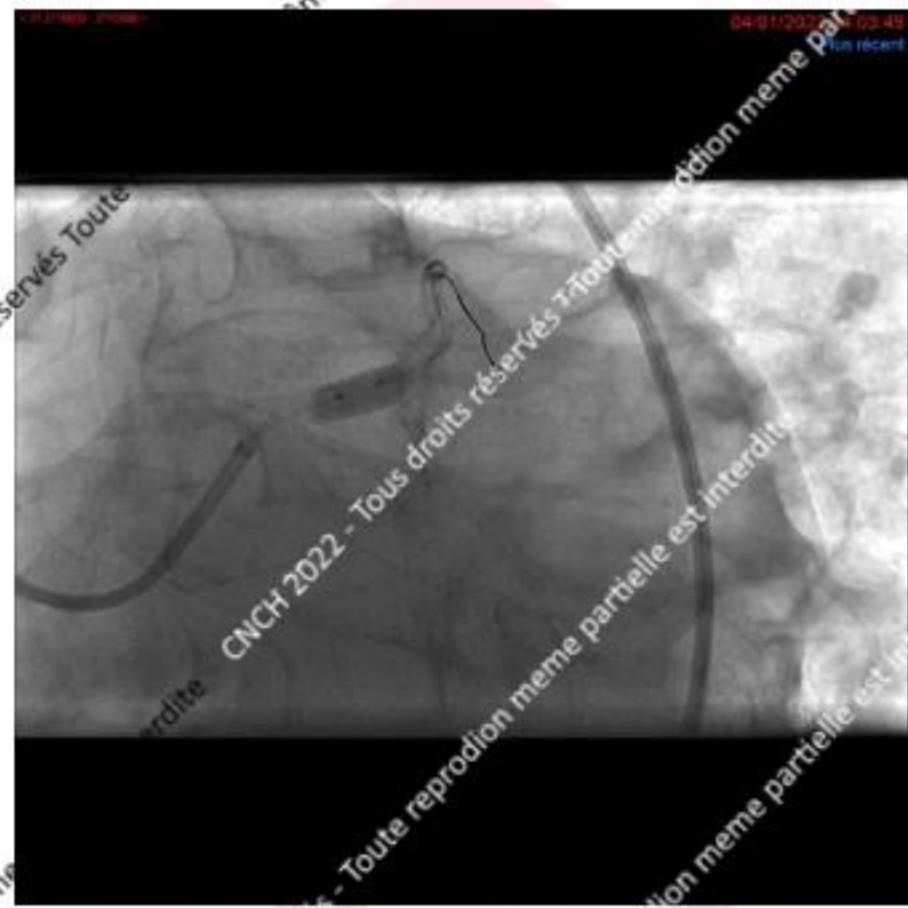
Implantation d'un stent SYNERGY 3,0x38mm



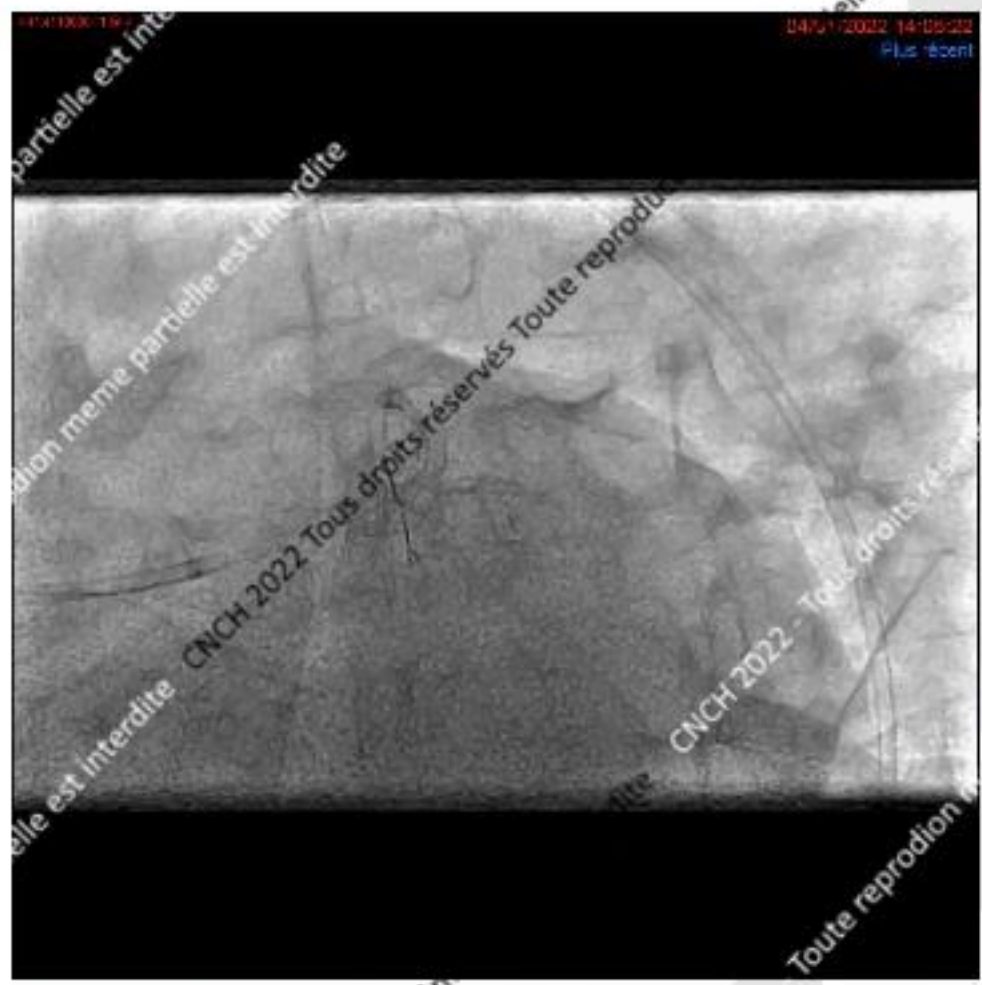
Post dilatation au ballon WC 3,5mm

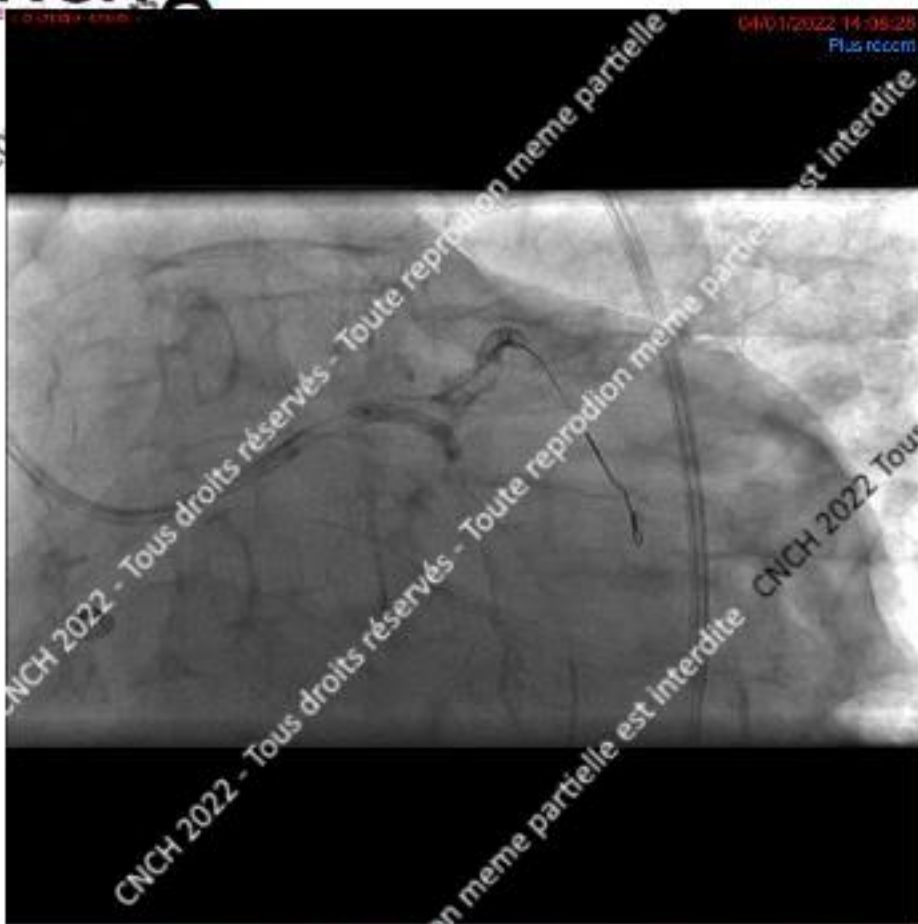


Implantation d'un stent Megatron 4,5x24mm



POT au ballon NC 6x8mm



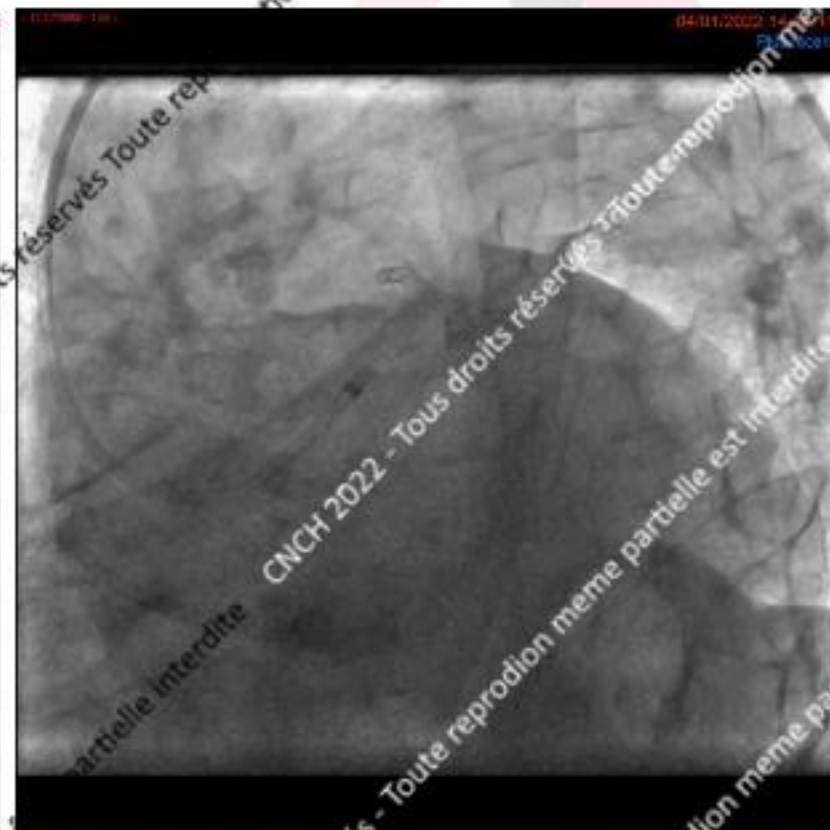
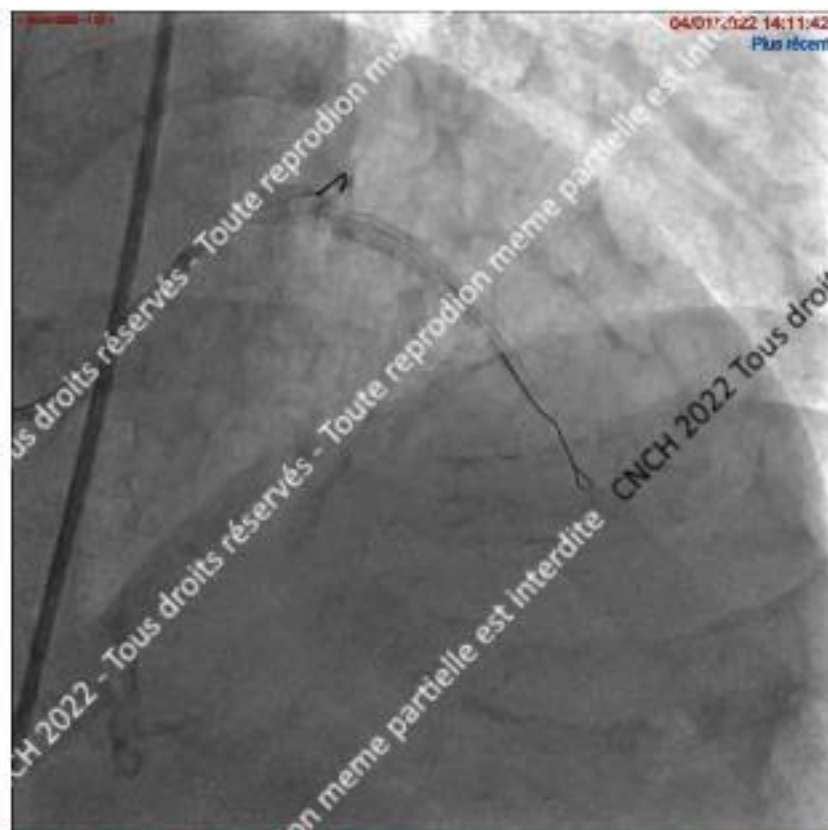


Refranchissement

Ouverture des mailles avec ballon Emerge 3,0x15mm

POT final au ballon NC 6x8mm

Résultat final



- Durée procédure : 55 minutes
- Contraste : Visipaque 185ml
- Fermeture fémorale Fémoseal

La procédure

Voie fémorale



>> plutôt radiale et sheathless

7 Fr



Pas d'imagerie endo-coronaire



La procédure

Voie fémorale



>> plutôt radiale et sheathless

7 Fr



Pas d'imagerie endo-coronaire



Préparation spécifique de la lésion +++



Rota 1,5mm

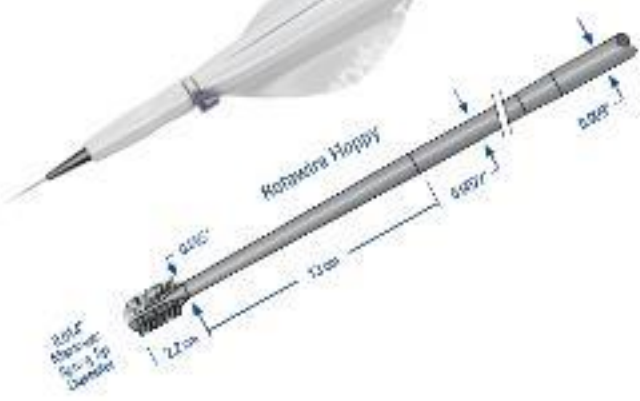


>> peut-être 1,25mm, mais probablement insuffisante

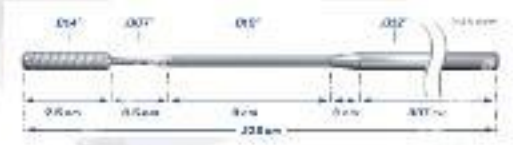
Lithotripsie en bail-out



>> plutôt ballon 3.5



Les 3 outils spécifiques



28^{ÈME} CONGRÈS CNCH
PRÉSENTIEL & DIGITAL
CNCH 2022 Tous droits réservés Toute reproduction même partielle interdite



La rotatripsie

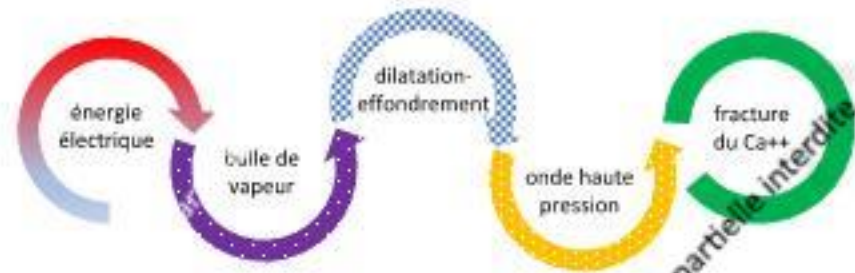
1^{ère} publication en 2019

Rationnel: 2 outils complémentaires

Rota: traitement intimal de la lésion serrée >> crossing du ballon et/ou stent



Shockwave™: action en profondeur >> fractures de la plaque



La rotatripsie

Indication:

Lésion très serrée et/ou longue calcifiée avec calcifications intimaux et profondes

Bail-out ou primo-intention

Place de l'OCT +++

Coût

Résultats

Série monocentrique¹: 7 cas dont 6 IVA (1 perfo). Pas de FU

Cohorte rétrospective multicentrique²: 34 pts (perfo ds 9%).
FU sur 10 mois

¹ Goncalvez-Garcia Cardiovasc Revasc Med 2021

² Buono Cardiovasc Revasc Med 2021

La procédure

Voie fémorale 🚫 >> plutôt radiale et sheathless

7 Fr 😊

Pas d'imagerie endo-coronaire 😞

Préparation spécifique de la lésion +++ 😊

Rota 1,5mm 😊

>> peut-être 1,25mm, mais probablement insuffisante

Lithotripsie 😊

>> plutôt ballon 3.5

Stenting IVA long + ballon NC >> petite empreinte résiduelle .. 😞

Stenting TC: choix du stent et séquence POT-side-rePOT +++ 😊

Evolution / Post procédure

- Sortie à J3 en SSR gériatrique
- Triple association Kardegic + Plavix + Eliquis 2 semaines
- Puis Plavix + Eliquis 1 an
- ETT de contrôle à J 15 : FEVG évaluée à 52 % en Simpson, idem visuellement, IM modérée, IT modérée

Post-procédure

Fermeture fémorale



Trithérapie pendant 2 semaines >> plutôt 1 semaine



Plavix-Eliquis 1 an



Qu'aurais-je fait ?

Procédure post-hoc

Radiale sheathless 7Fr

Pas d'imagerie endocoronaire

Préparation de la lésion: athérectomie orbitale

Probable « refus de TC » si possible avec un seul stent de 48mm et POT sur la Dg

Trithérapie 1 semaine puis NACO + clopidogrel 1 an

28^{ÈME}
CONGRÈS
CNCH
PRÉSENTIEL & DIGITAL
CNCH 2022 Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle interdite



Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege



@CNCHcollege



Si vous voulez devenir Ambassadeur social media CNCH adressez-nous un email à cnch@sfcardio.fr