

CAS CLINIQUES : STEMI et atteinte pluritronculaire

Dr DUPRE Marion, PHC

Groupe Hospitalier du Havre, CHU ROUEN

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

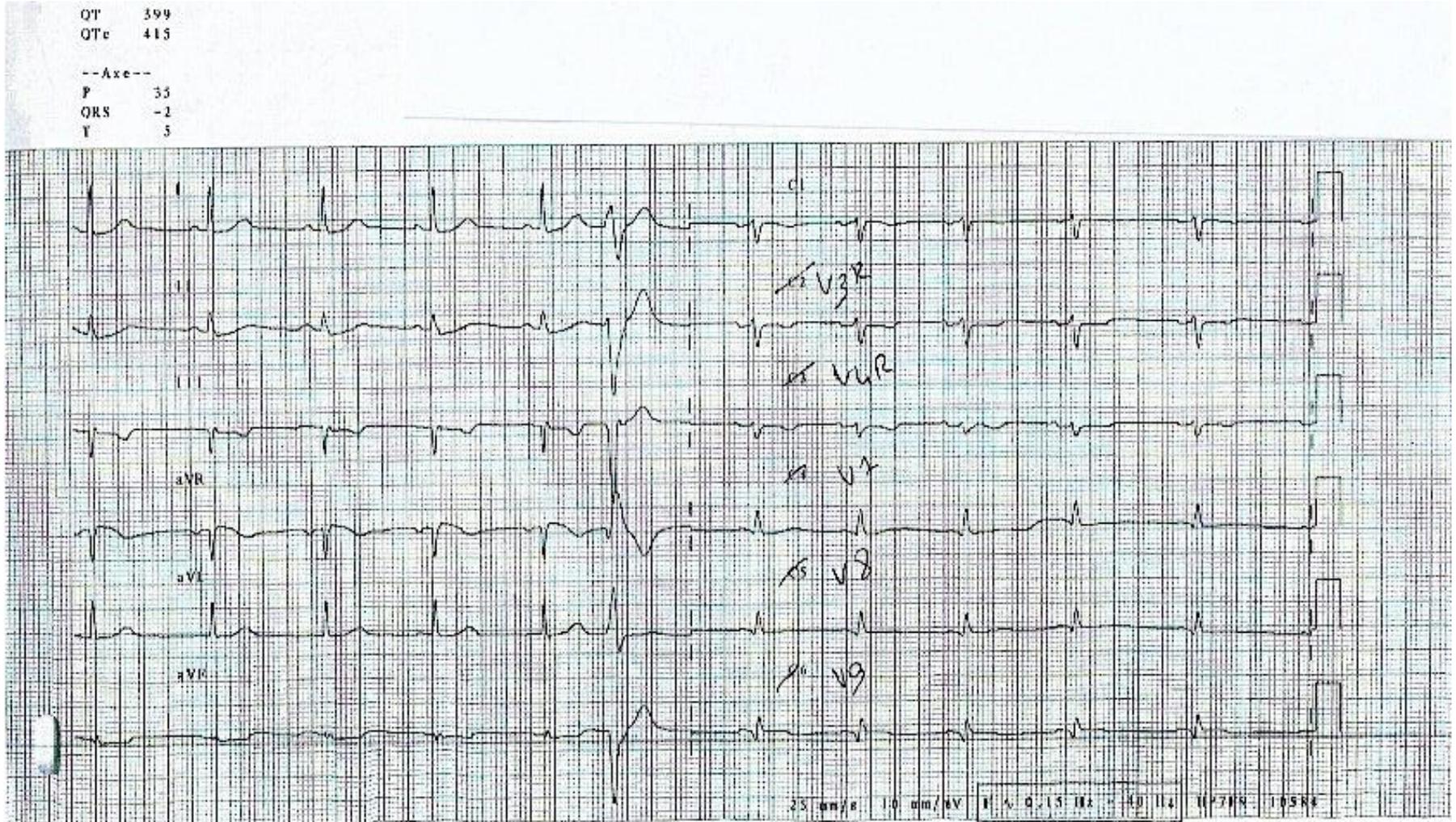
Intervenant : Marion DUPRE, Rouen, Le Havre

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

M.G, 54 ans

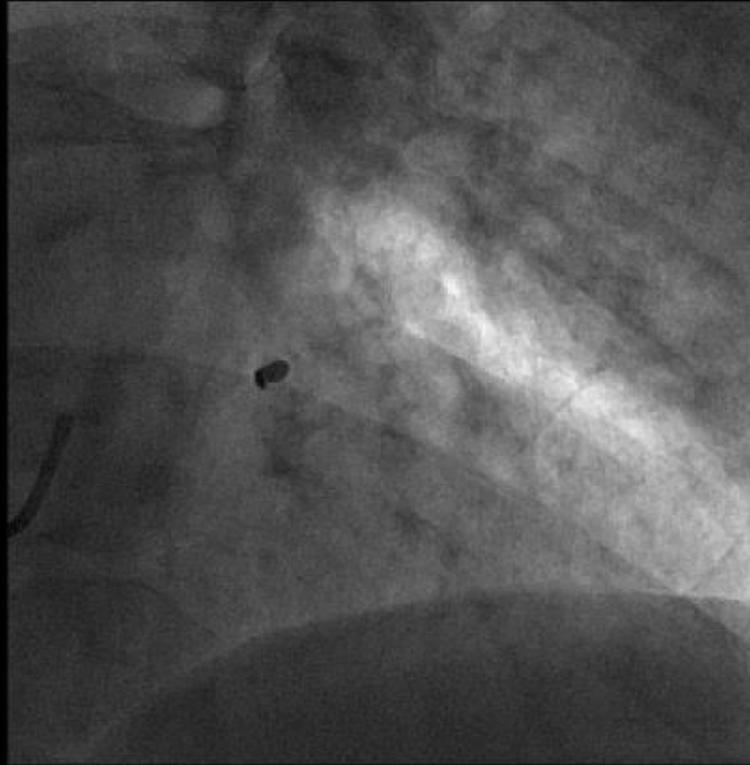
- Facteurs de risque CV : tabac, antécédents familiaux, dyslipidémie non traitée
- Antécédents médicaux : ulcère gastrique ancien, métaplasie intestinale sans dysplasie
- Traitements habituels : aucun
- 10/05/16 à 4h40 appel SAMU 76 pour DT constrictive irradiant dans les deux membres supérieurs, constante depuis 21h30.
- A l'arrivée du SMUR, 4h55, description de l'ECG : rythme sinusal, sous décalage en apicolatéral bas, en latéral haut et en inférieur.
- Prise en charge par le SMUR comme NSTEMI selon le protocole local : LOVENOX, BRILIQUE 180mg, ASPEGIC 250mg et RISORDAN
- Persistance de la DT sous RISORDAN -> transfert vers la salle de cathétérisme cardiaque en urgence

ECG à l'arrivée en salle de cathétérisme cardiaque

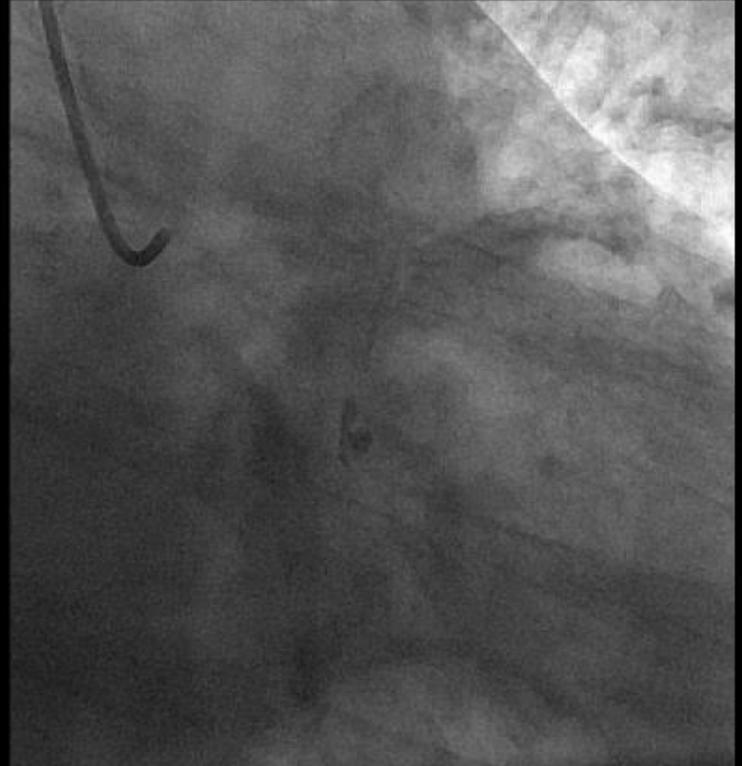


Coronarographie

DERIVED

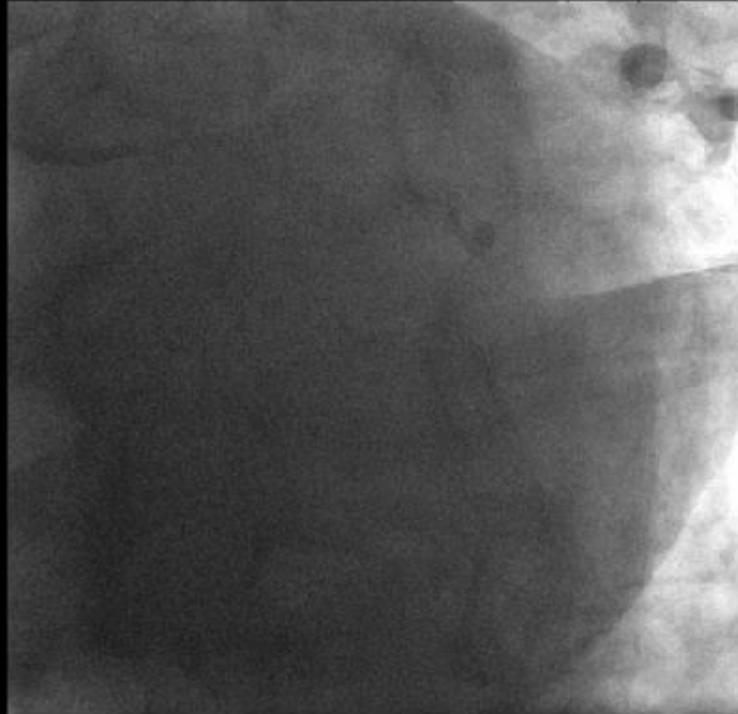


DERIVED

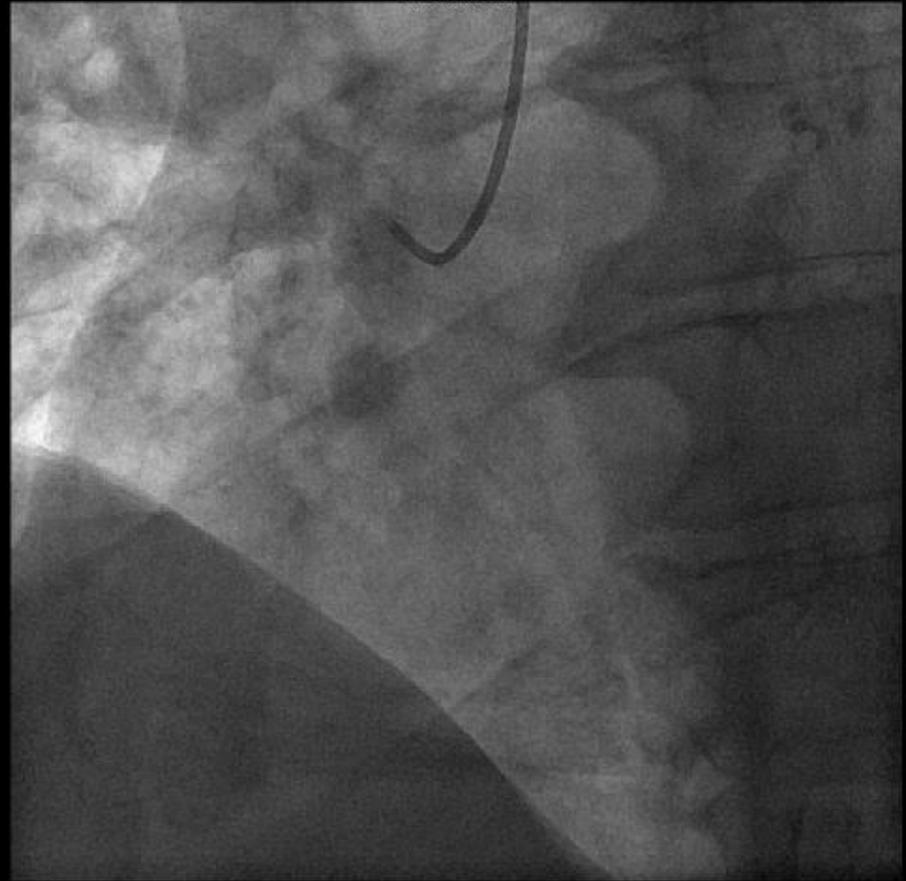


Coronarographie

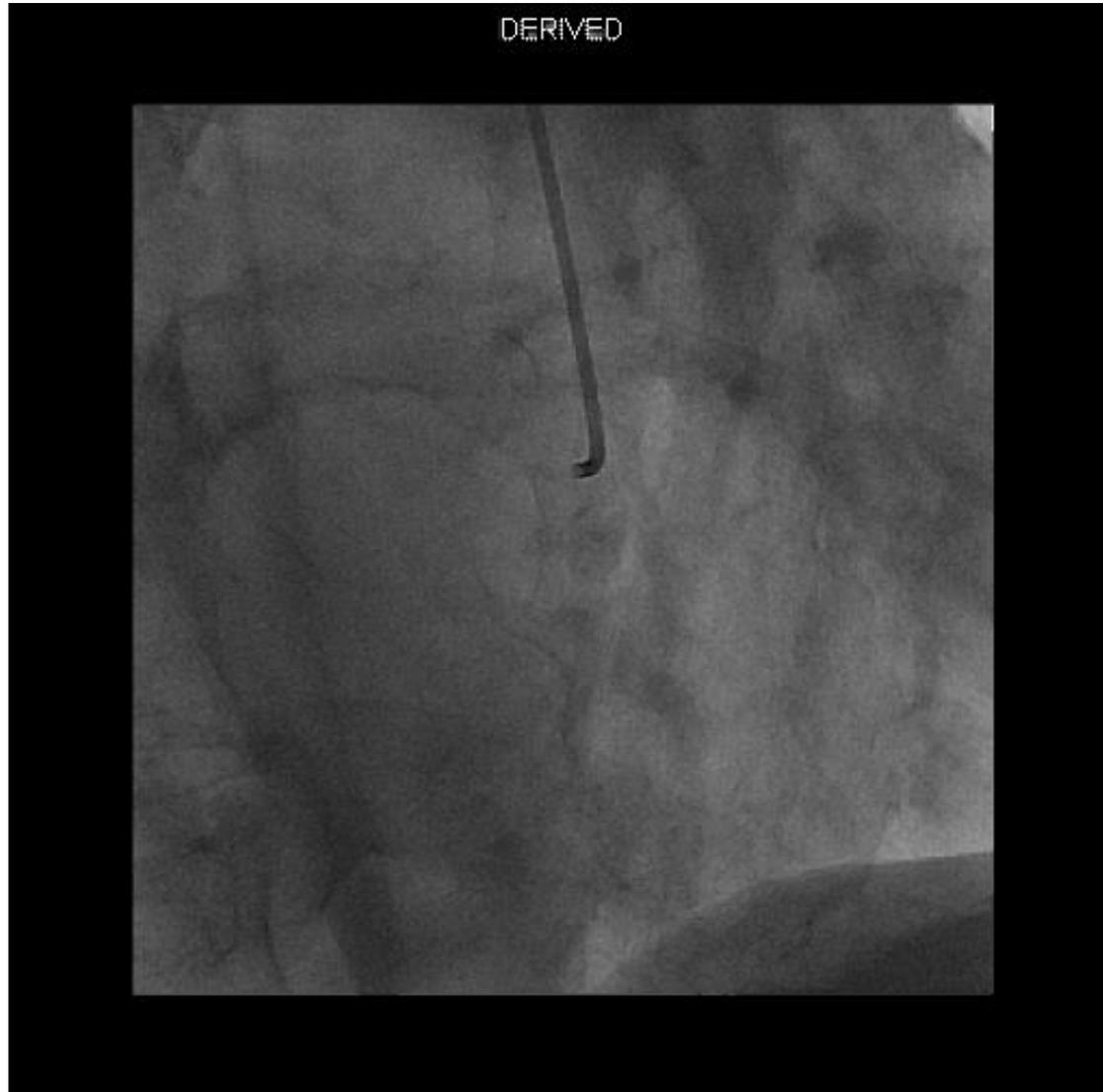
DERIVED



DERIVED



Coronarographie



Coronarographie

- Patient tritronculaire de 54 ans
- Occlusion Cx moyenne avec stagnation du produit de contraste, IVA et CD multisténosées avec occlusions distales des 2 artères
- ECG initialement peu contributif (plutôt sus ST postérieur)
- Douleur thoracique persistante
- Quelle artère revasculariser en urgence en pleine nuit ?

Angioplastie Cx en urgence

DERIVED



DERIVED



Angioplastie Cx en urgence

DERIVED



DERIVED



Angioplastie Cx en urgence

DERIVED

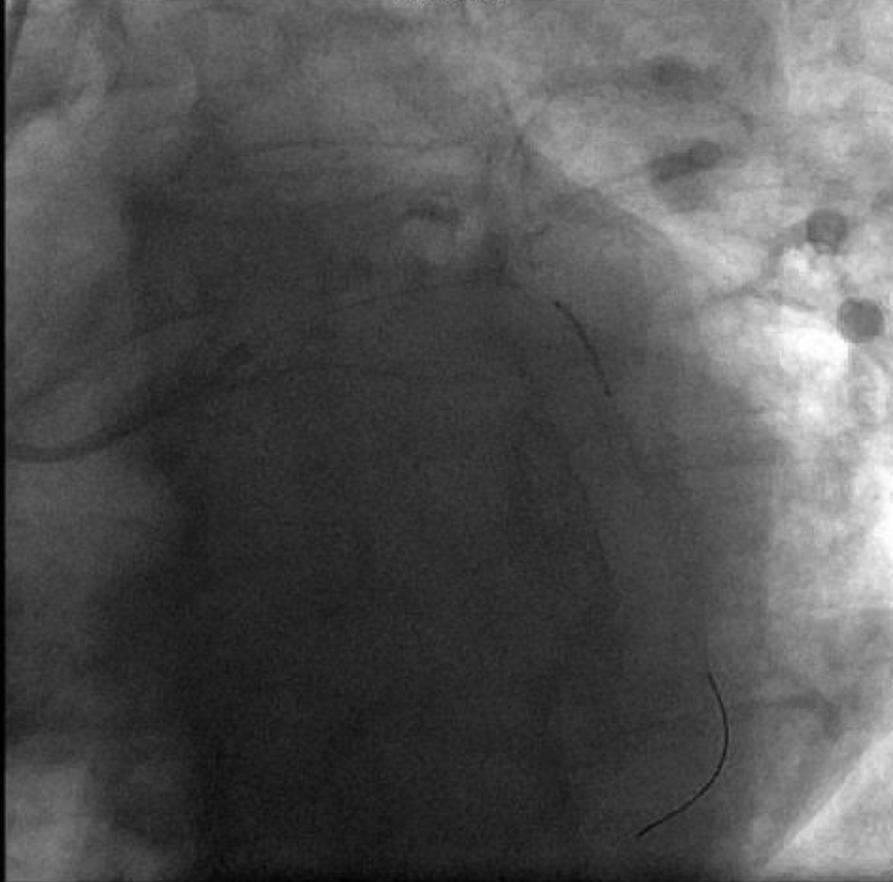


DERIVED

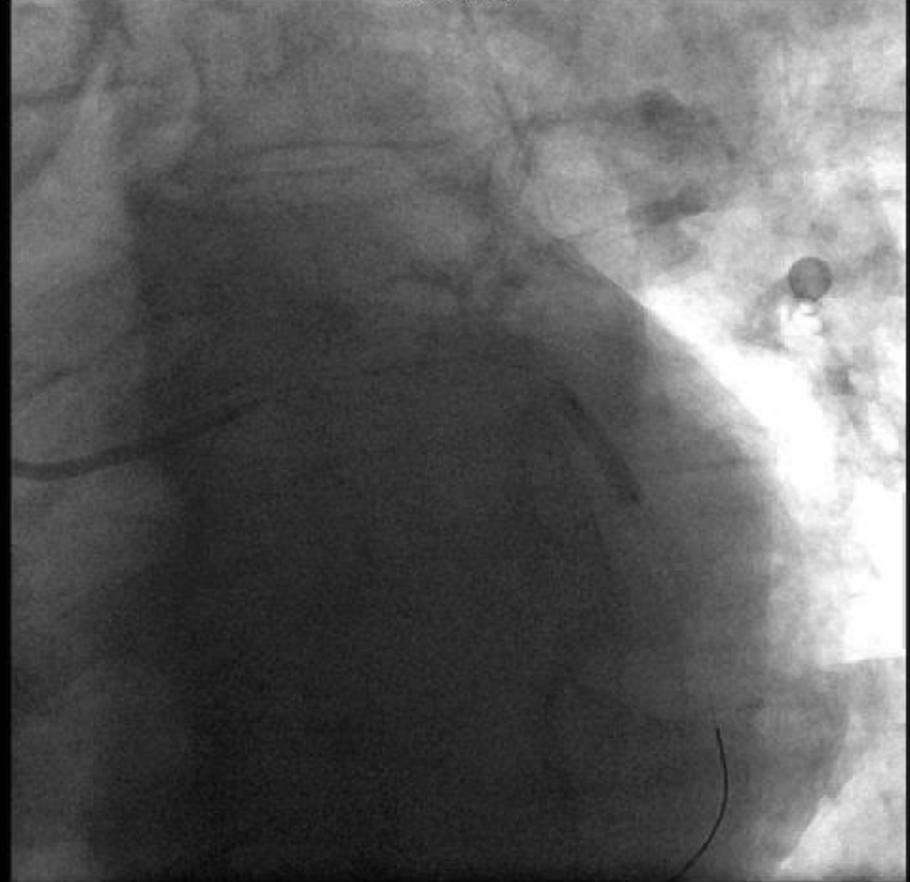


Angioplastie Cx en urgence

DERIVED

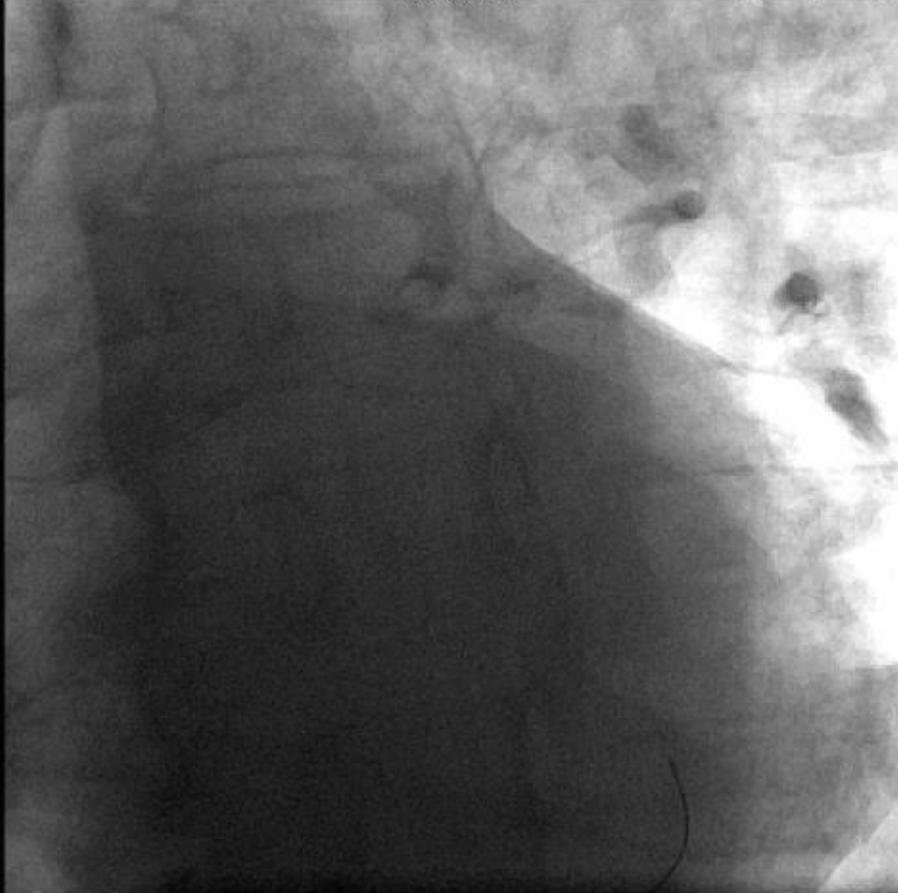


DERIVED

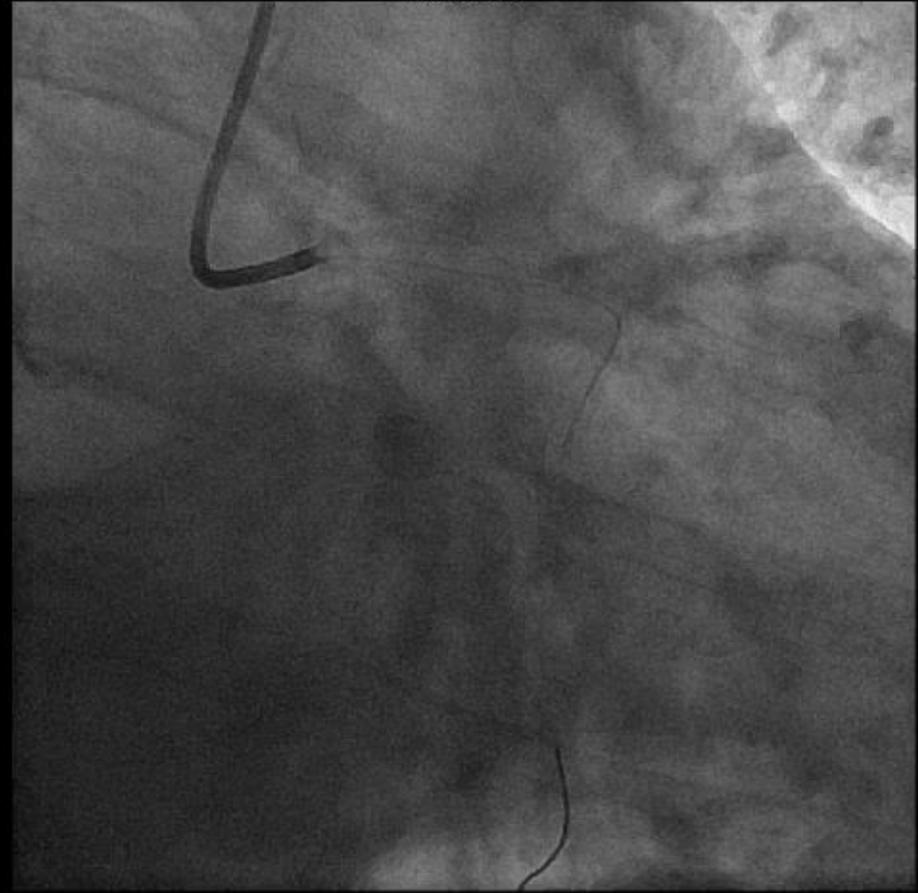


Angioplastie Cx en urgence

DERIVED



DERIVED



Évolution dans le service

- Sédation de la douleur en salle de coronarographie
- Hémodynamique stable après revascularisation Cx
- Pas de récurrence de DT dans le service
- Pas de complication de la procédure
- Pic troponinémie 21,43ng/ml avec cinétique décroissante
- Pas de séquelle de nécrose à l'ECG, ECG normalisé
- Pas de complication aiguë de l'IDM
- ETT USIC : FEVG préservée 60%, hypokinésie latérale, IM minime

Que faire des autres lésions ?

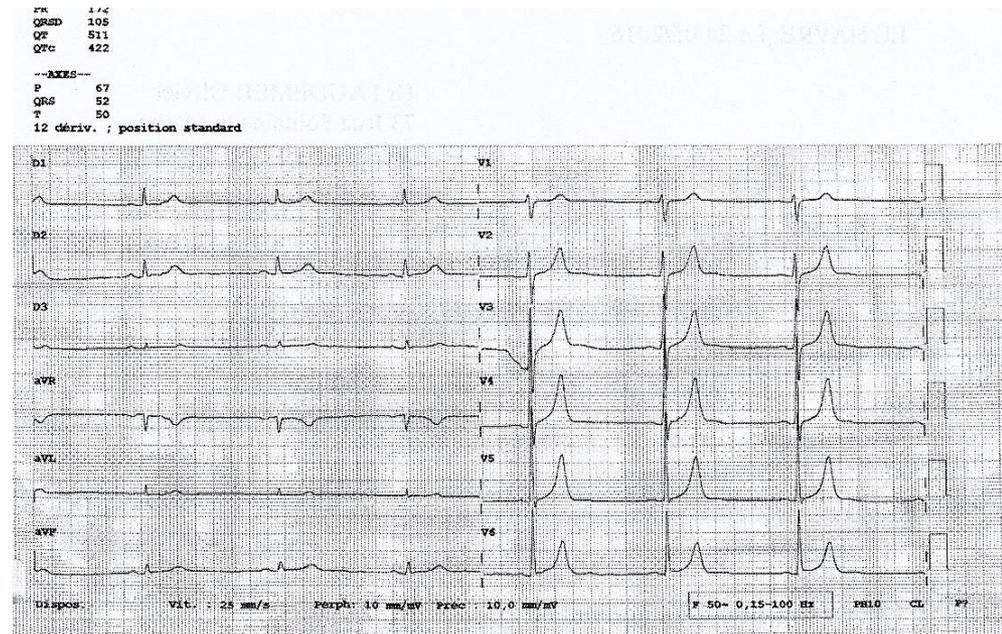
- Revasculariser la CD?
- Revasculariser l'IVA?
- Revascularisation complète?
- Au cours de la même procédure?
- Au cours de la même hospitalisation?
- A distance après retour à domicile?
- Envisager des tests de viabilité ou d'ischémie?
- Envisager la chirurgie cardiaque ?

Stratégie retenue à l'époque

- RAD à J5
- Revascularisation complète mais à distance de l'épisode aigu
- Reprise à 8 jours en hospitalisation programmée pour angioplastie de la CD
- Seconde reprise à 15 jours pour angioplastie programmée de l'IVA

Hospitalisation programmée

- Pas de récurrence de DT à domicile
- Pas de signe d'insuffisance cardiaque
- Pas de séquelle à l'ECG
- Bradycardie sinusale sous BISOPROLOL

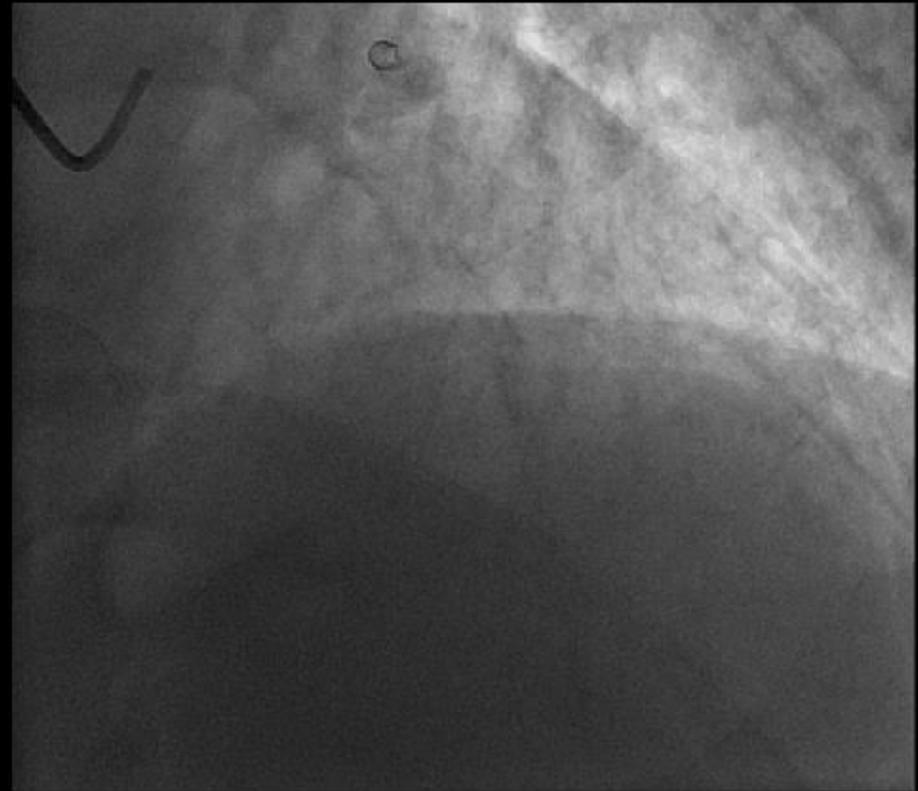


Résultat Cx

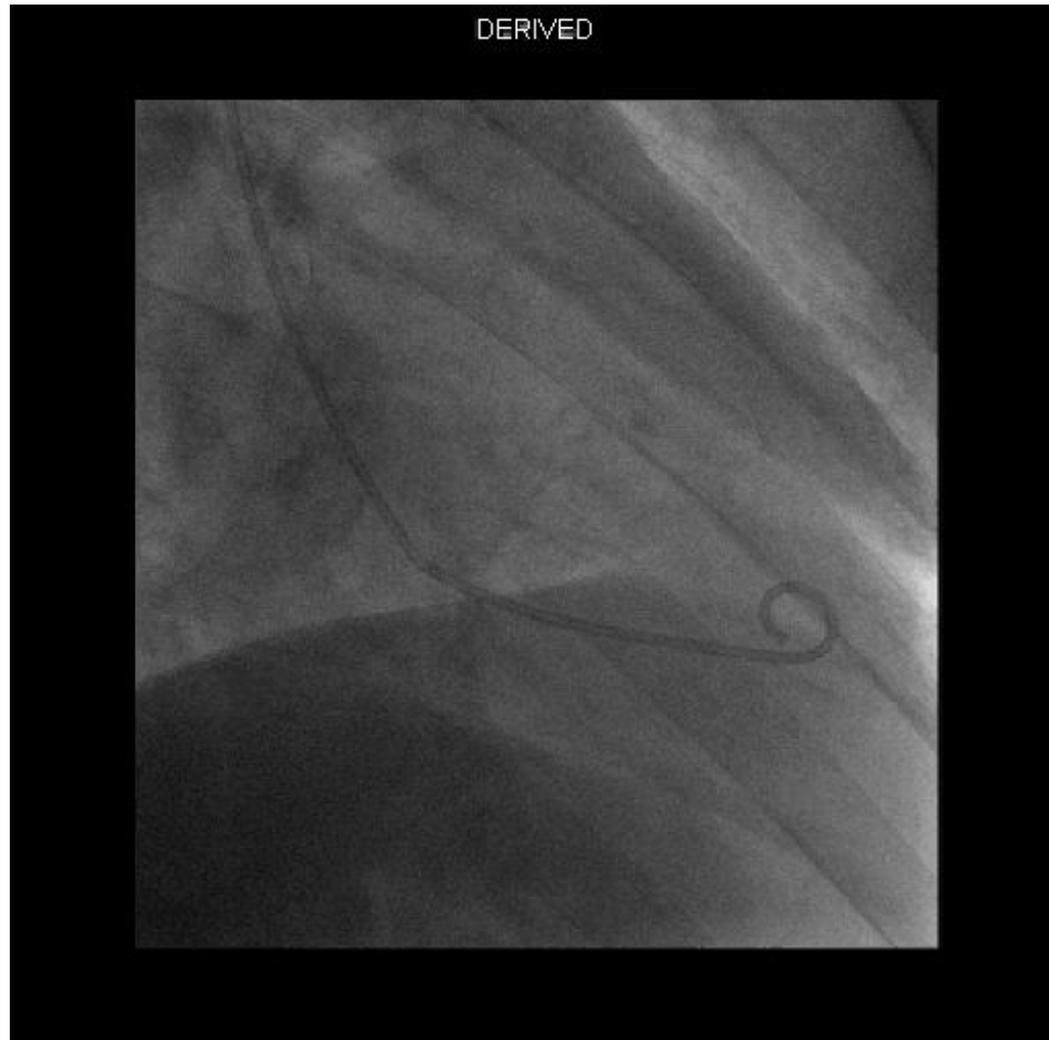
DERIVED



DERIVED

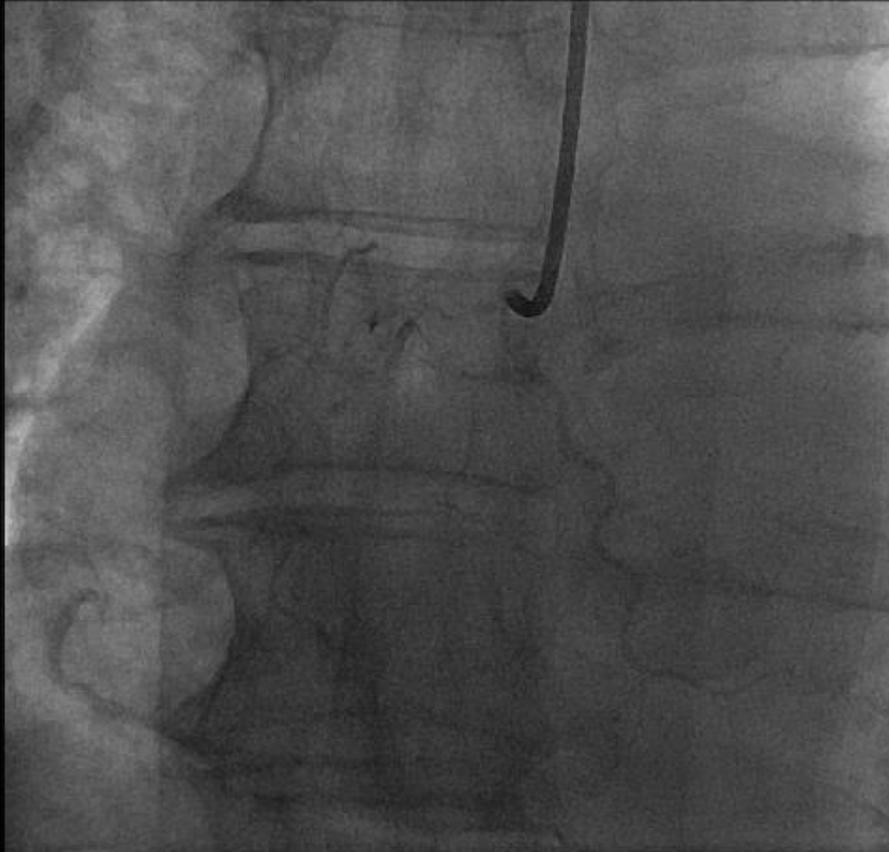


Angio VG



Angioplastie CD

DERIVED



DERIVED



Angioplastie CD

DERIVED



DERIVED



Angioplastie CD

DERIVED

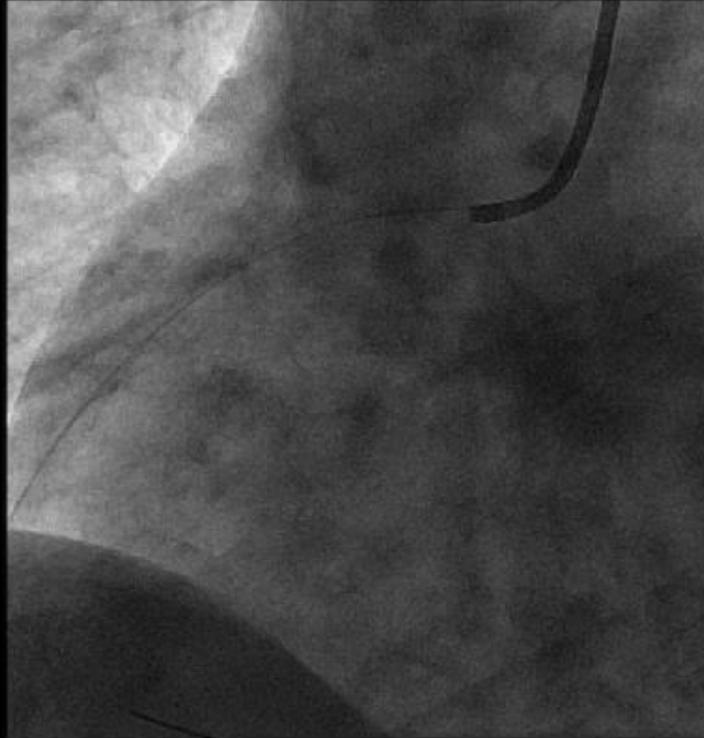


DERIVED

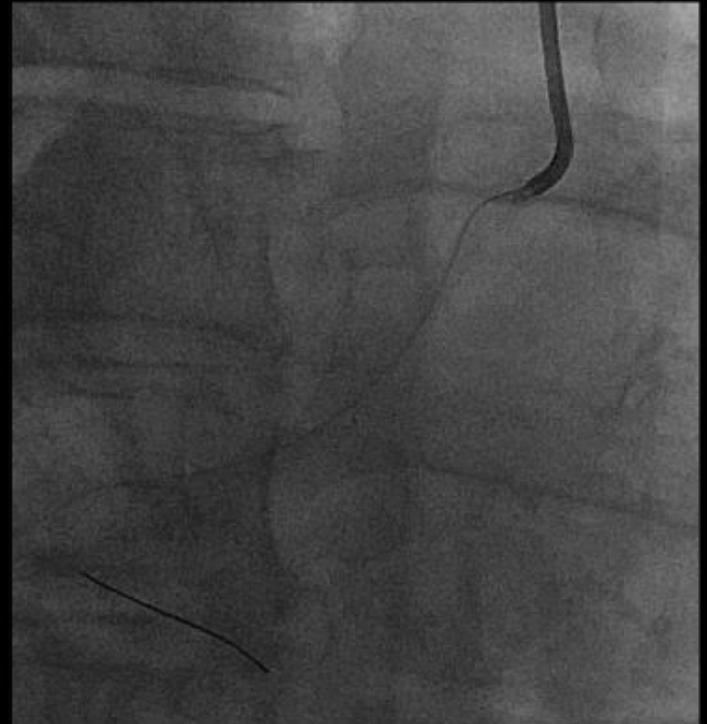


Angioplastie CD

DERIVED



DERIVED



- Pas de complication de procédure
- Patient sorti le soir même à domicile

2^{ème} Hospitalisation programmée

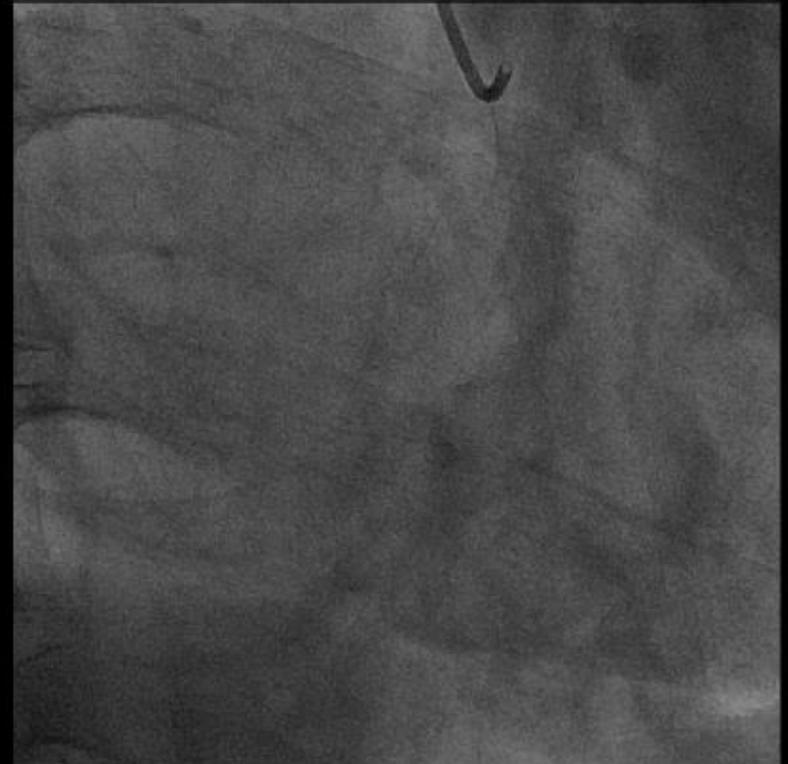
- Patient asymptomatique
- Observant
- Examen clinique et ECG inchangés

Résultat CD

DERIVED

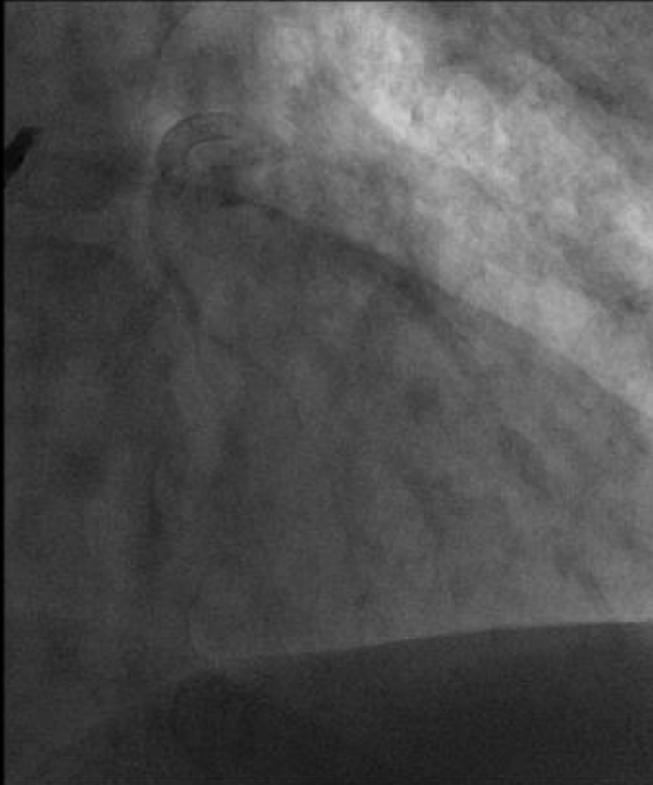


DERIVED



Angioplastie IVA

DERIVED



DERIVED

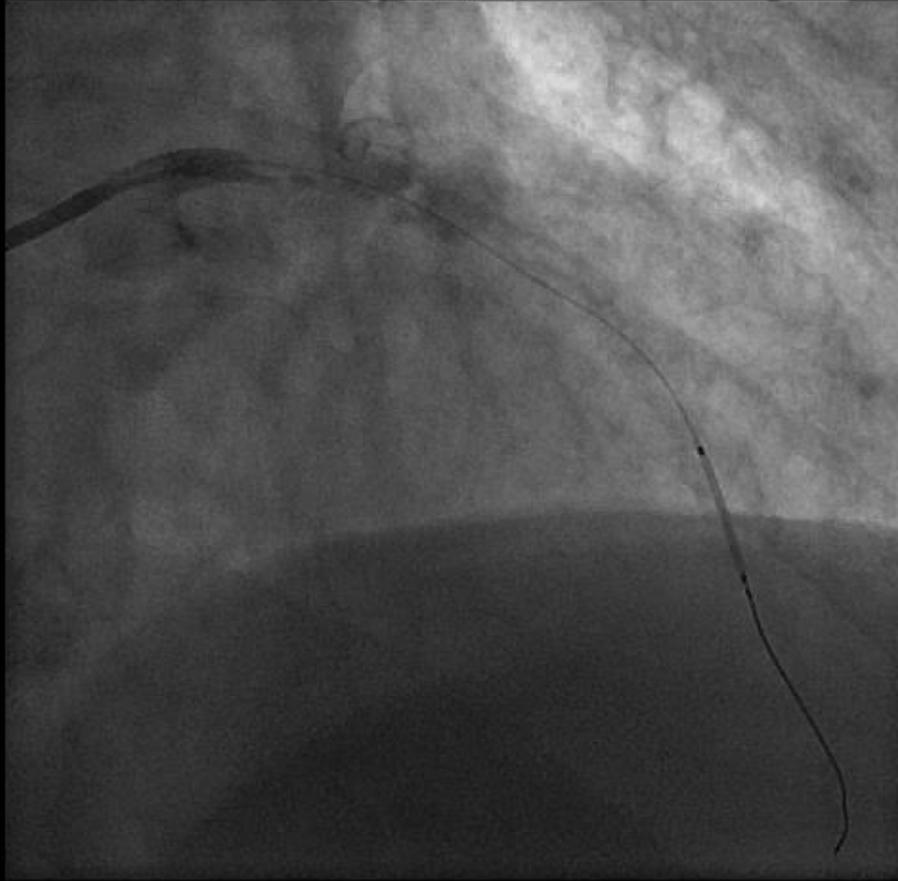


Angioplastie IVA

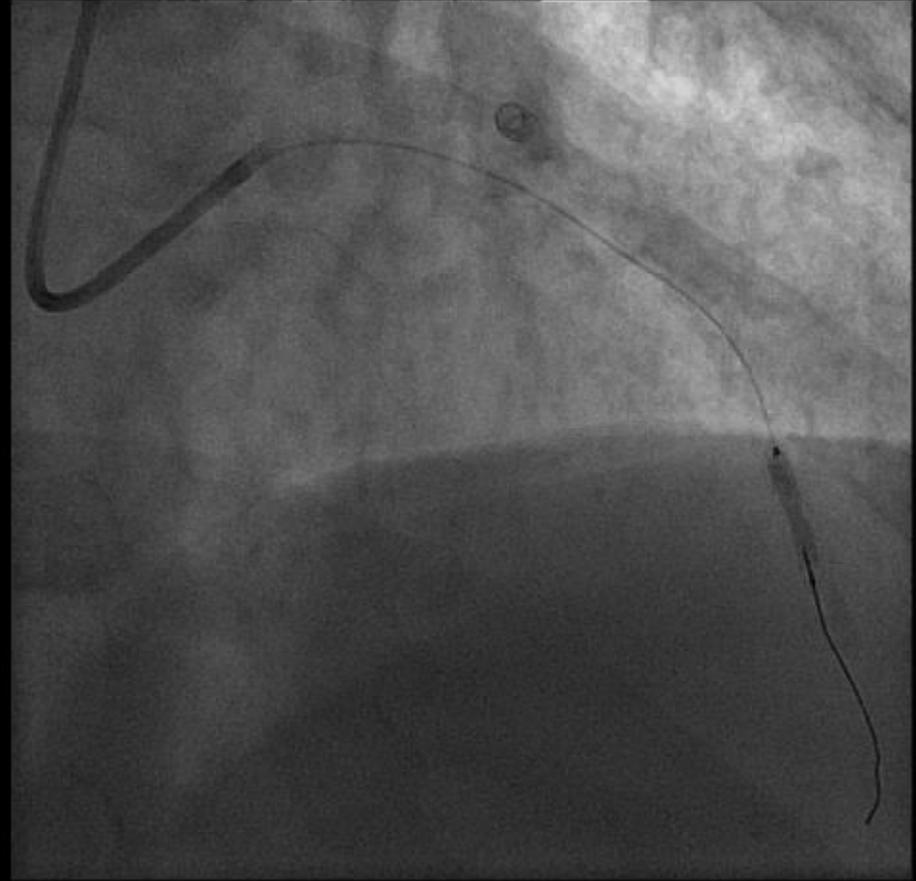


Angioplastie IVA

DERIVED

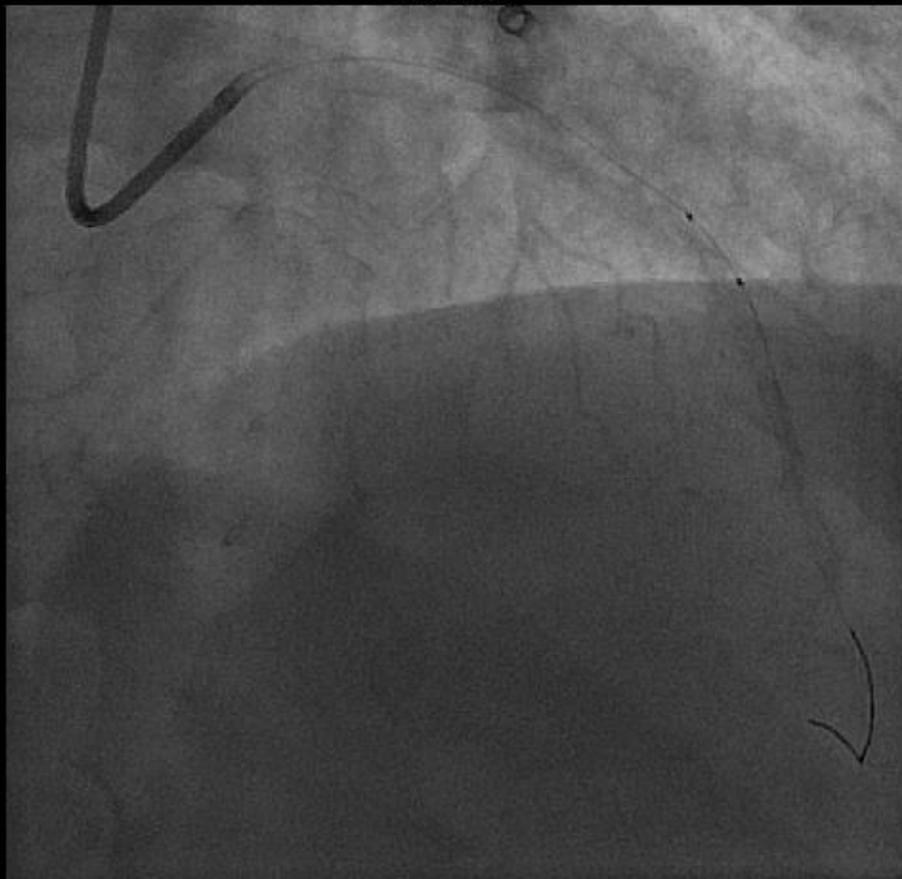


DERIVED

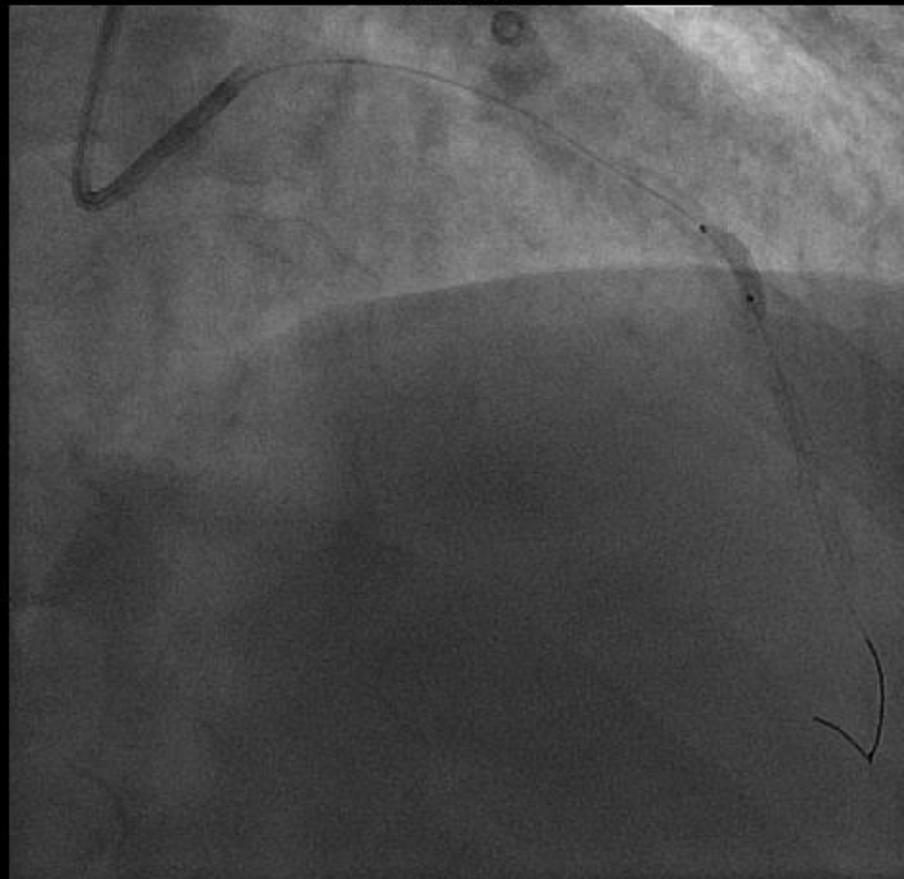


Angioplastie IVA

DERIVED

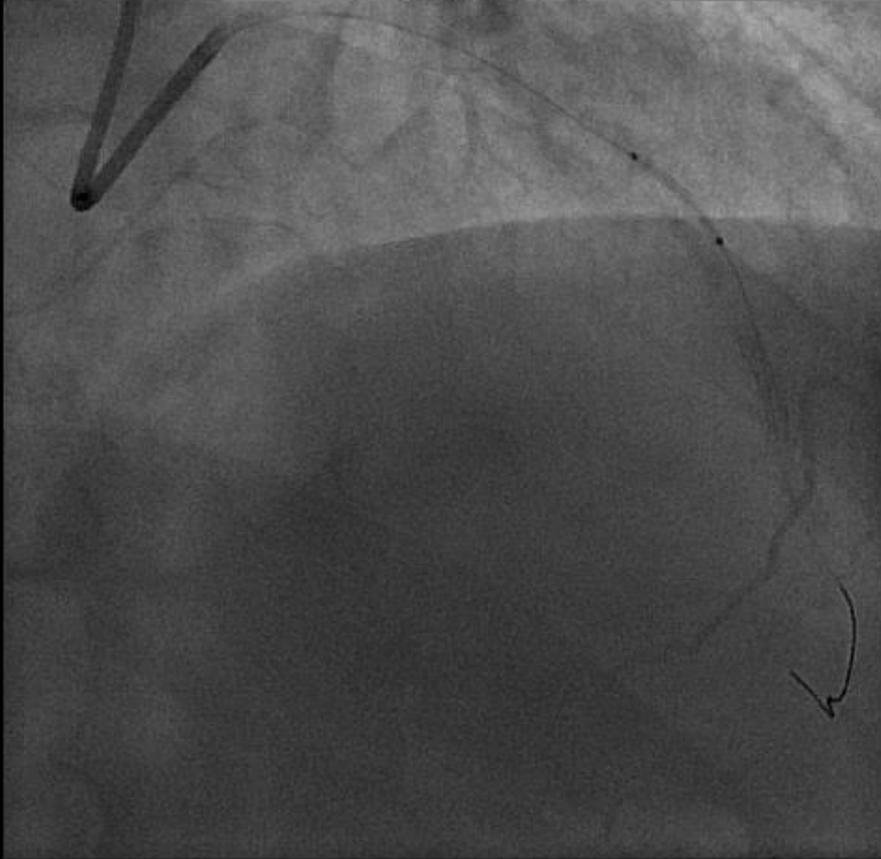


DERIVED

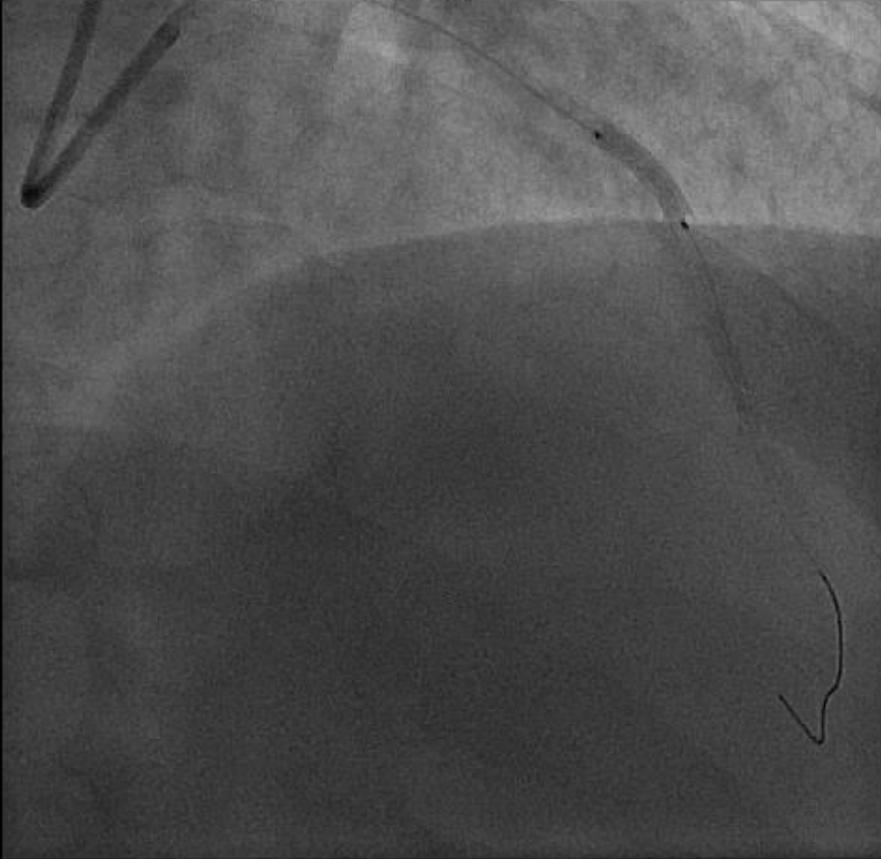


Angioplastie IVA

DERIVED

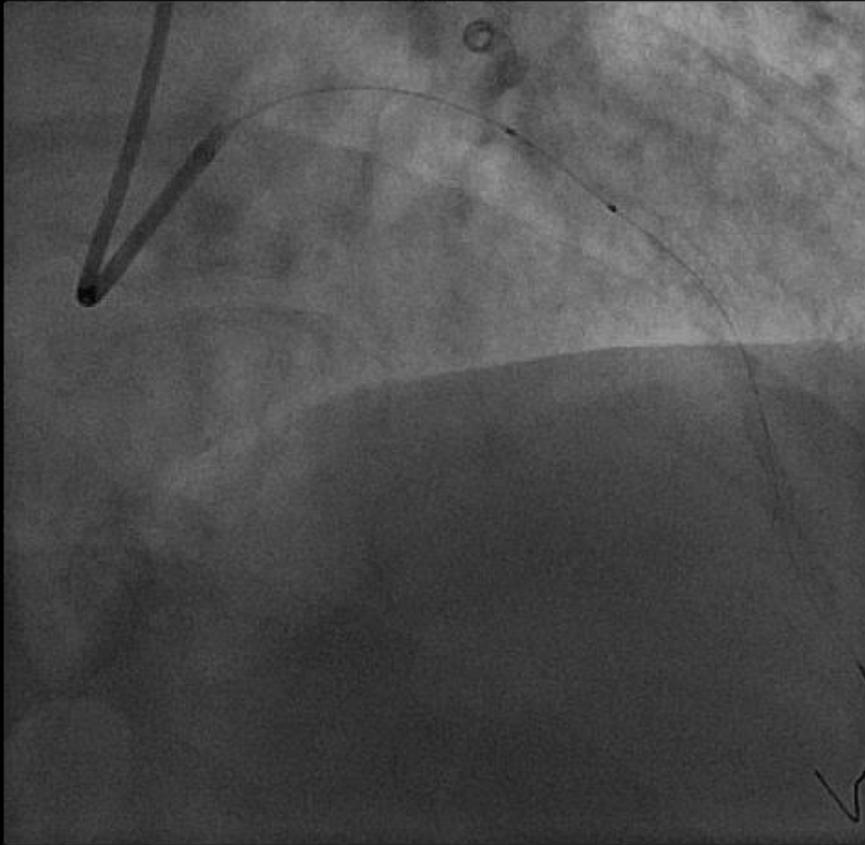


DERIVED



Angioplastie IVA

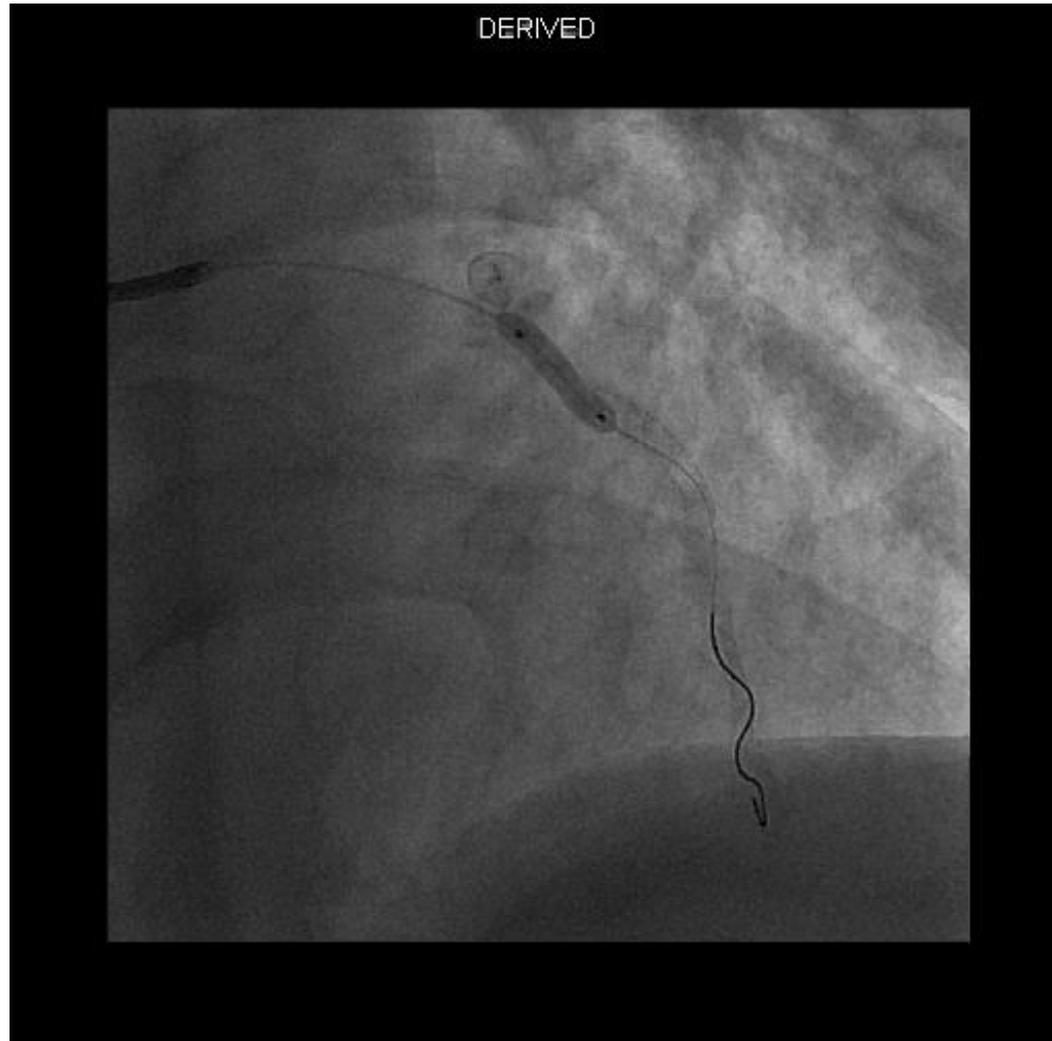
DERIVED



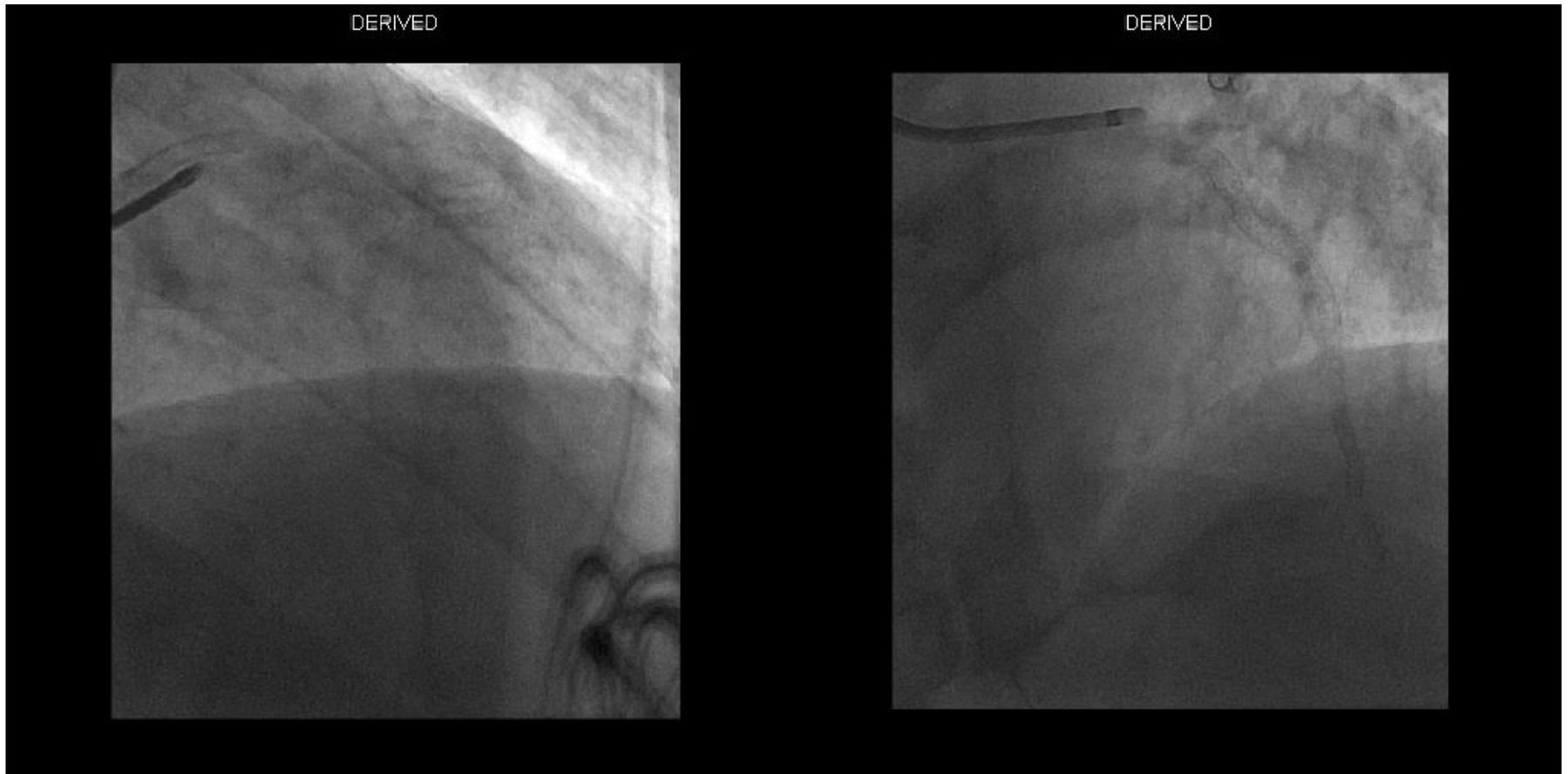
DERIVED



Angioplastie IVA



Angioplastie IVA



- Pas de complication de procédure
- Patient sorti le lendemain à domicile

Évolution post revascularisation

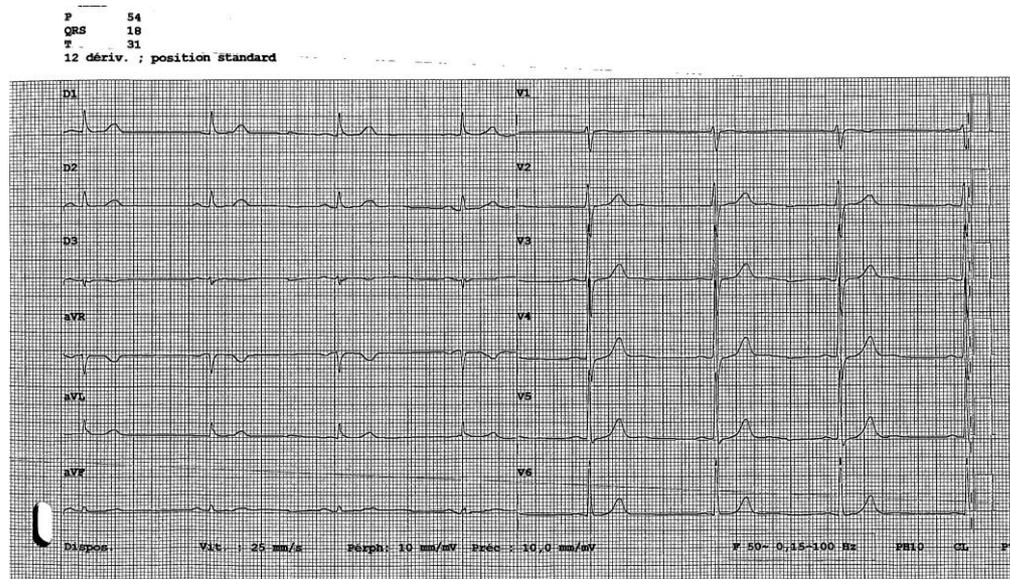
- Hospitalisation en rééducation cardiaque en juillet 2016 pour réentraînement à l'effort et titration thérapeutique
- Retour à domicile sous KARDEGIC, BRILIQUE, NEBIVOLOL, RAMIPRIL, TAHOR, NICOPATCH
- Suivi cardiologique régulier
- Réapparition d'une dyspnée d'effort en été 2017 : examens clinique, biologique et radiologique rassurants
- ETT effort en août 2017 : séquelle non viable de nécrose inférolatérale basale (1 segment), sans argument pour une ischémie myocardique résiduelle.

Évolution post revascularisation

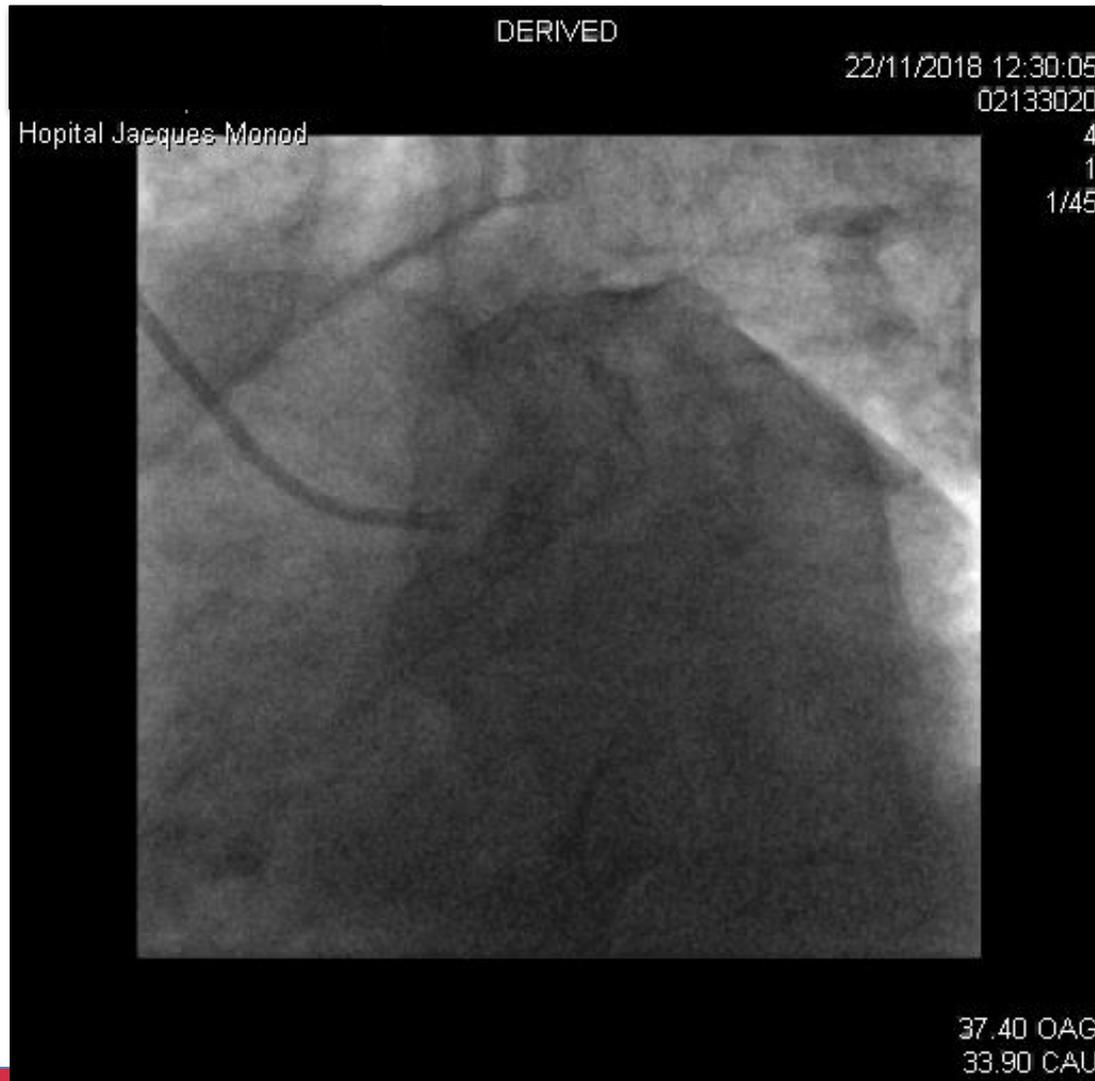
- Traitement d'un syndrome d'apnées du sommeil et traitement d'une bulbite aiguë entre 2017 et 2018
 - Nouvelle plainte de dyspnée d'effort en automne 2018
 - Épreuve d'effort novembre 2018 : démaquillée, négative cliniquement mais positive électriquement à 88% de la FMT, à 180W.
- Contrôle de la coronarographie

Hospitalisation programmée novembre 2018 pour contrôle coronarographique

- Plaintes fonctionnelles : dyspnée d'effort, pas de douleur thoracique
- Examen clinique normal
- ECG



Coronarographie



Coronarographie

DERIVED

22/11/2018 12:30:05
02133020

Hopital Jacques Monod



Hopital Jacques Monod
3
1
1/55

14.60 OAD
24.90 CAU

DERIVED

22/11/2018 12:30:05
02133020



Hopital Jacques Monod
3
2
1
1/69

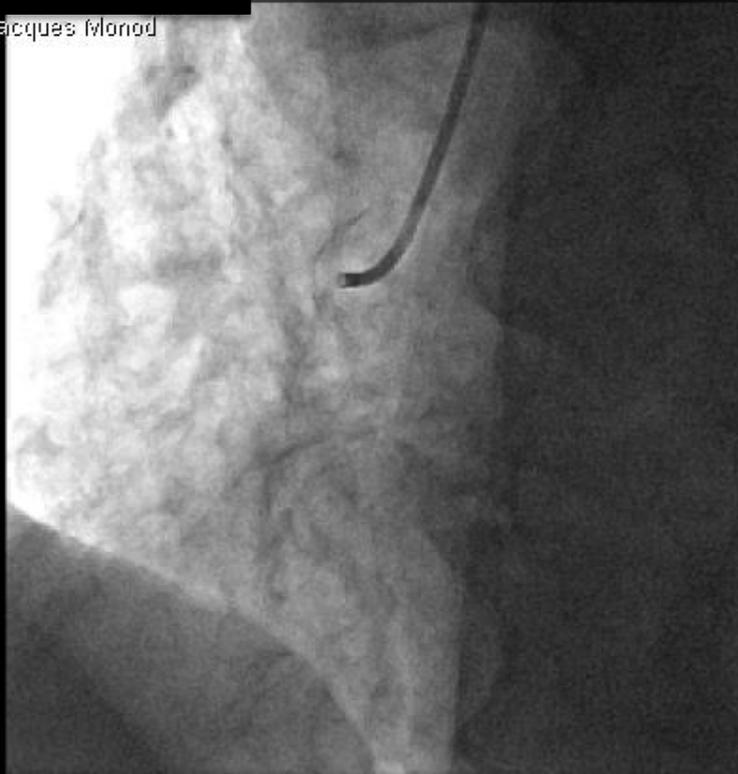
20.10 OAD
20.20 CRA

Coronarographie

DERIVED

22/11/2018 12:30:05
02133020

Hopital Jacques Monod



Hopital Jacques Monod
1
1/45

26.30 OAG
26.50 CRA

DERIVED

22/11/2018 12:30:05
02133020

Hopital Jacques Monod



Hopital Jacques Monod
7
1
1/37

20.10 OAD
20.10 CRA

Stratégie thérapeutique

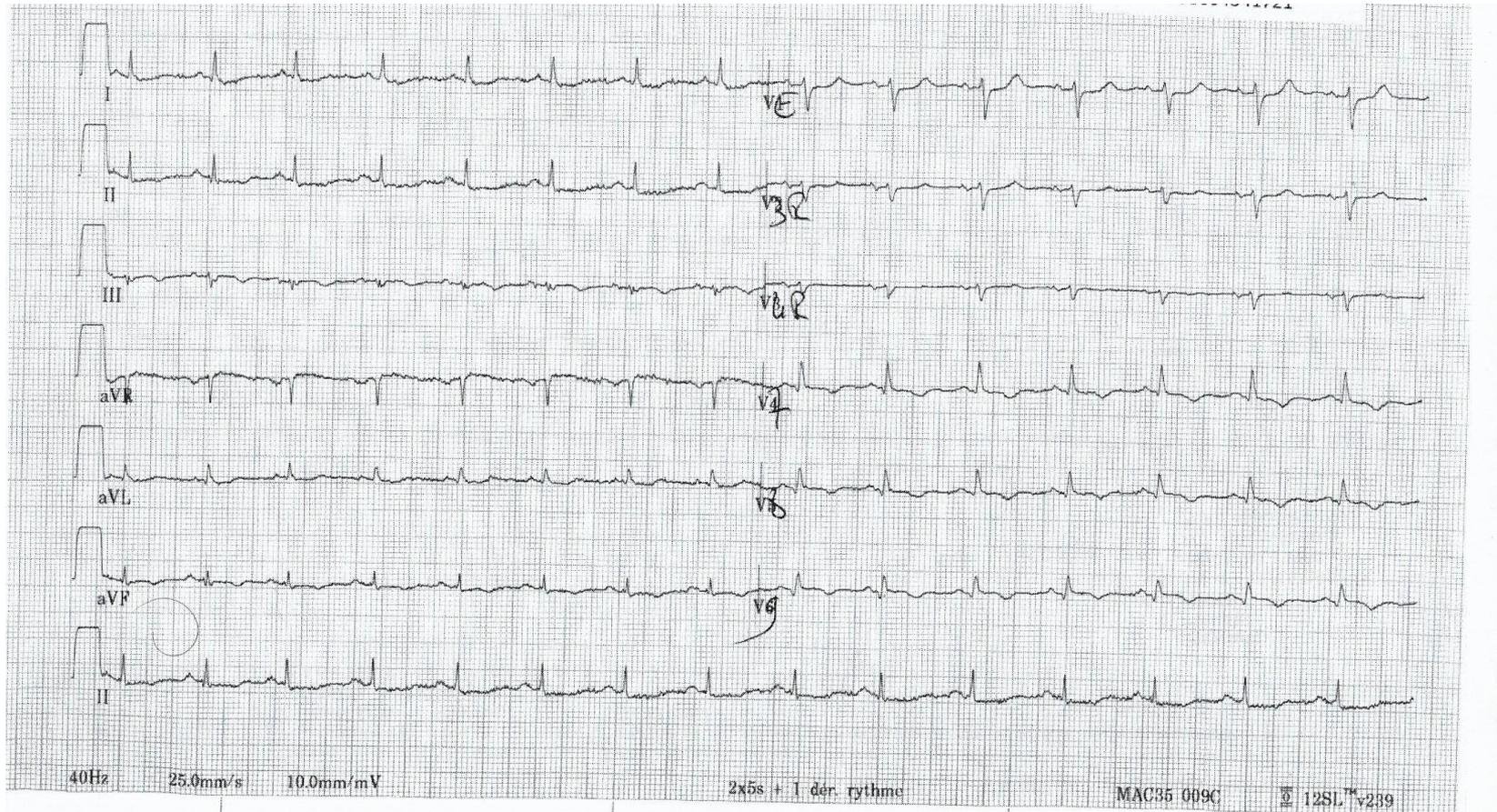
- Lésions distales de l'IVA, occluse à son extrémité (connue) non accessibles à une revascularisation
- Occlusion IVP distale connue
- Résultat correct des angioplasties CD, IVA et Cx précédentes sans resténose significative
- Titration des traitements anti-ischémiques avec contrôle du test ischémique sous traitement optimal
- Retour à domicile le soir même
- Traitement de sortie : PLAVIX, NEBIVOLOL 5mg, RAMIPRIL 7,5mg, TAHOR, PANTOPRAZOLE, SERESTA

Suite au prochain épisode ...

M. M, 66 ans

- Facteurs de risque CV : tabac actif 19 PA, HTA et dyslipidémie non traitées
- Antécédents médicaux : Syndrome dépressif, Ulcère gastrique, Hernie ombilicale opérée, Allergie à la pénicilline
- Traitements habituels : aucun
- Le 20/01/2018 : consulte au SAU d'un hôpital périphérique pour douleurs épigastriques et nausées évoluant depuis 3 jours, paroxystiques, associées à des paresthésies de l'épaule gauche, avec intensification des douleurs le 20/01 devenant permanentes

ECG à l'arrivée au SAU



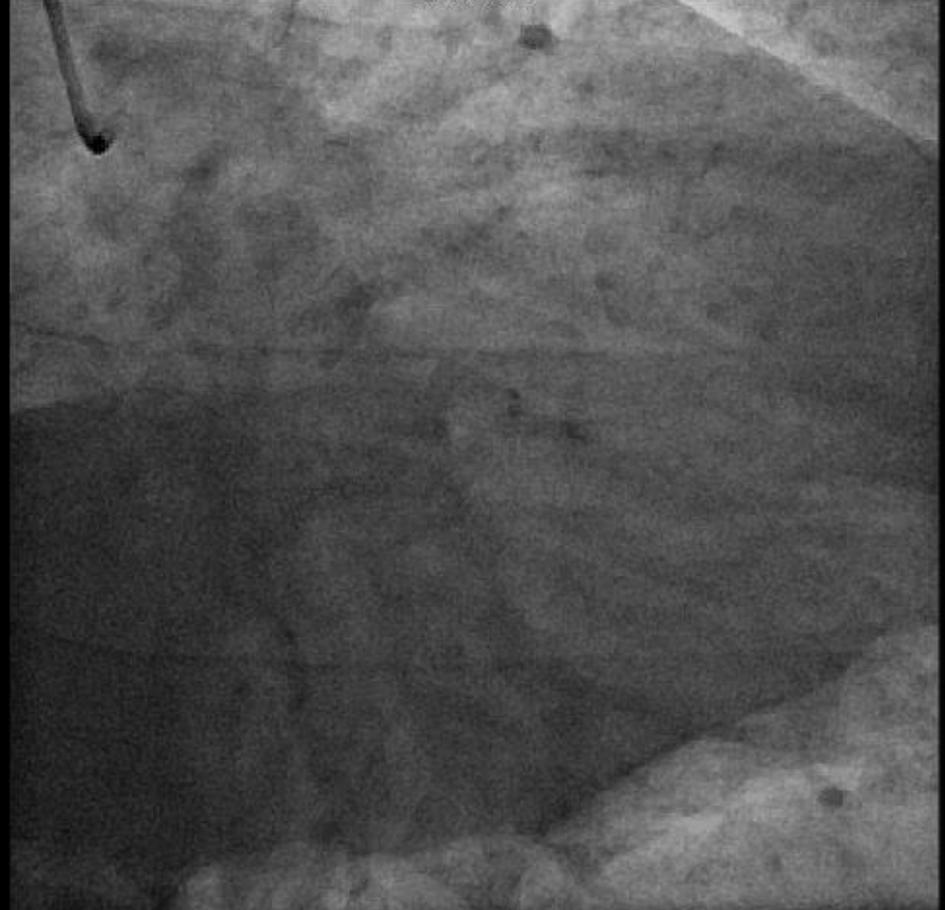
- ECG : sus ST postérieur avec miroir en antérieur étendu, début ondes Q postérieures
- ETT flash : hypokinésie inférolatérale, FEVG estimée 60%
- Douleurs persistantes -> Transfert en urgence en salle de cathétérisme cardiaque
- Patient ayant reçu avant transfert : ASPEGIC 250mg, BRILIQUE 180mg, LOVENOX selon protocole local, RISORDAN

CORONAROGRAPHIE

DERIVED

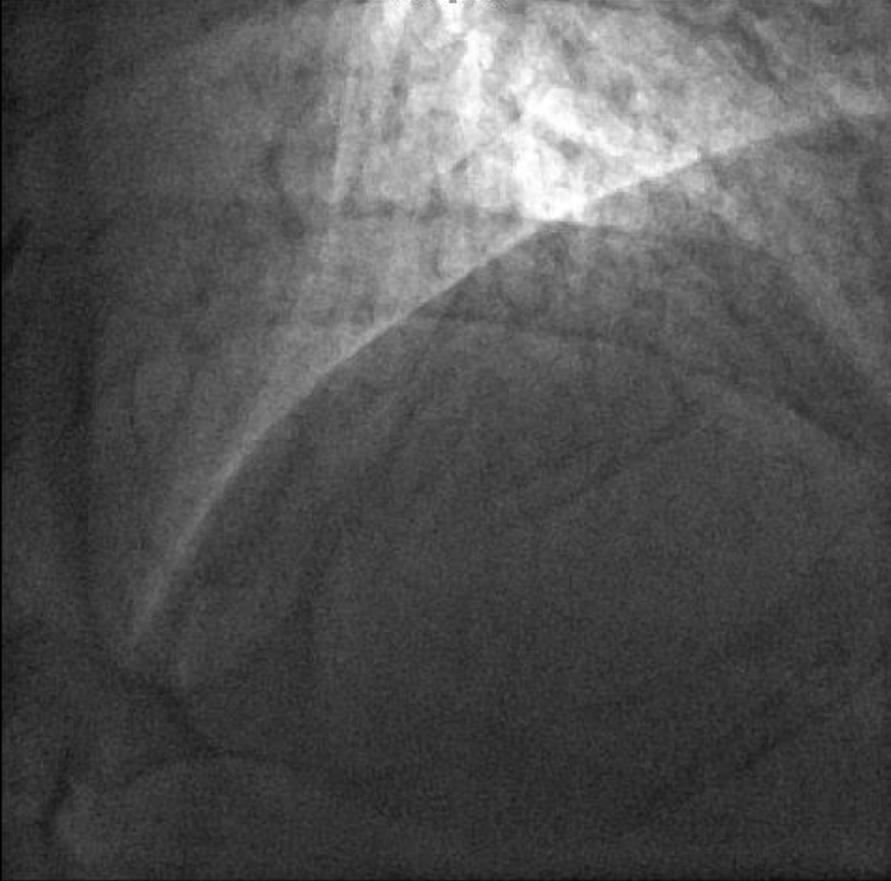


DERIVED

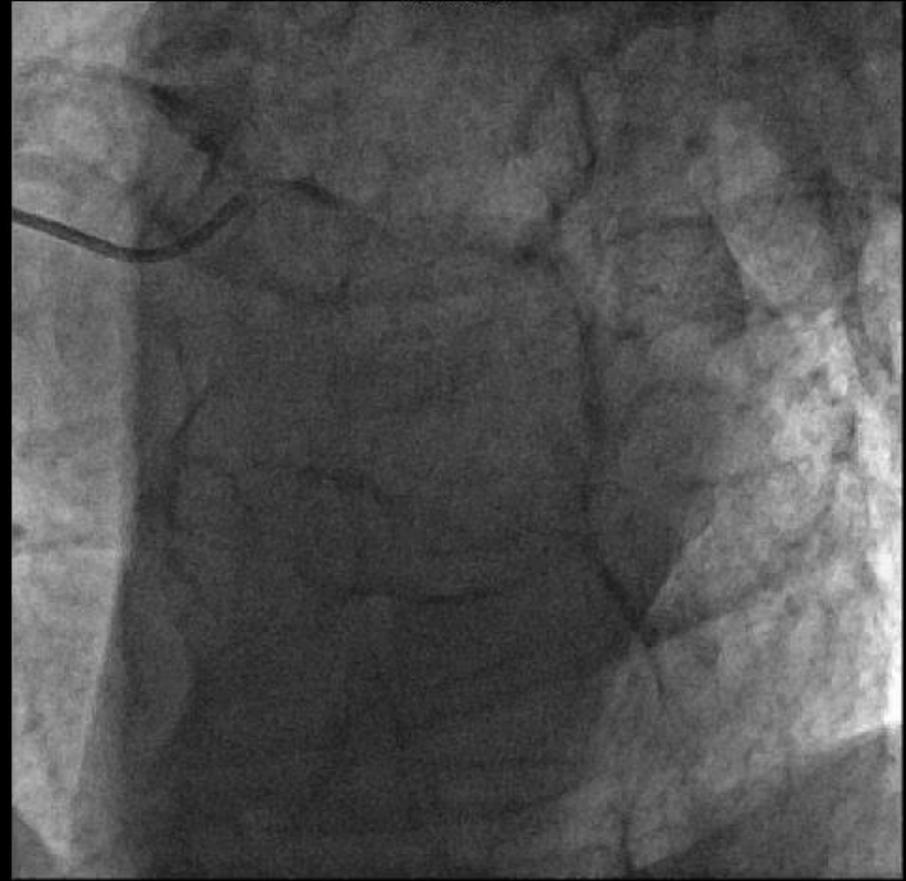


CORONAROGRAPHIE

DERIVED



DERIVED



CORONAROGRAPHIE

DERIVED



DERIVED

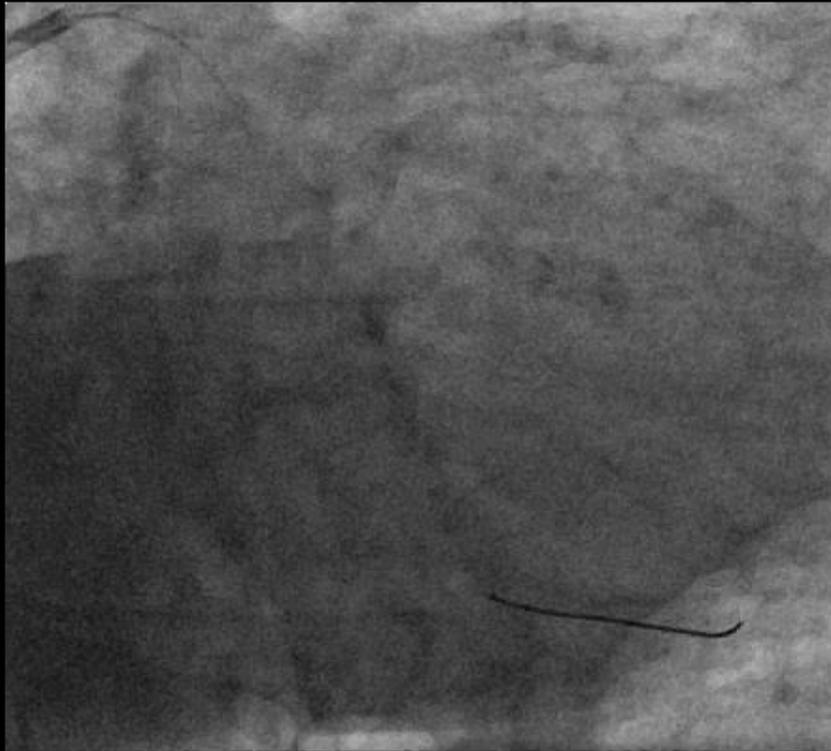


CORONAROGRAPHIE

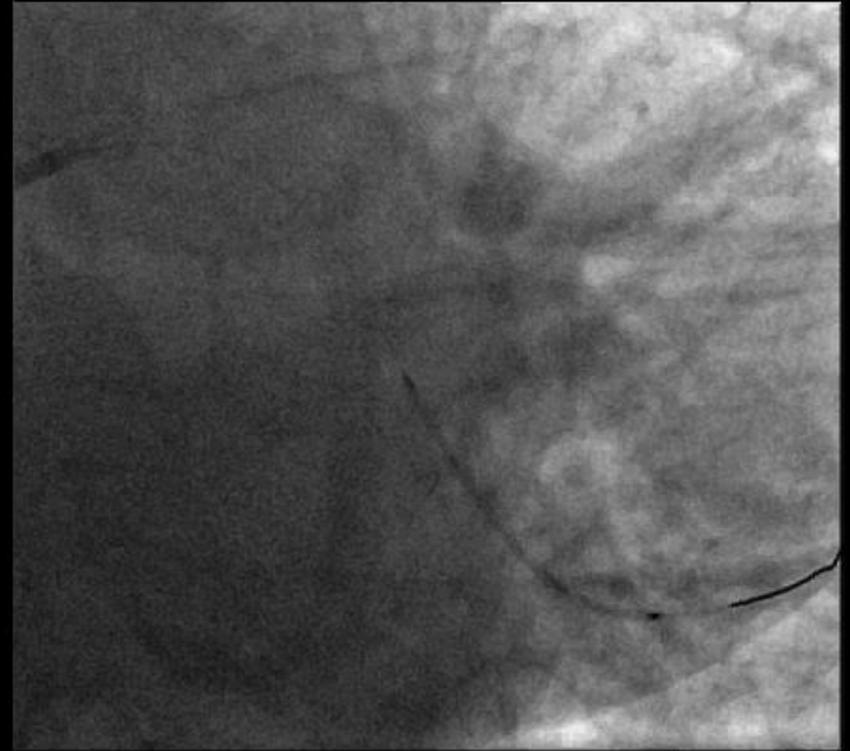
- Patient tritronculaire de 66 ans, avec sténose sub-occlusive de la Cx moyenne, lésion intermédiaire longue de l'IVA moyenne, lésion intermédiaire courte de la CD moyenne et lésion serrée de l'IVP de petit calibre
- Douleur persistante
- Sus ST postérieur sur l'ECG initial
- Revascularisation en urgence de la Cx moyenne

Angioplastie Cx moyenne

DERIVED

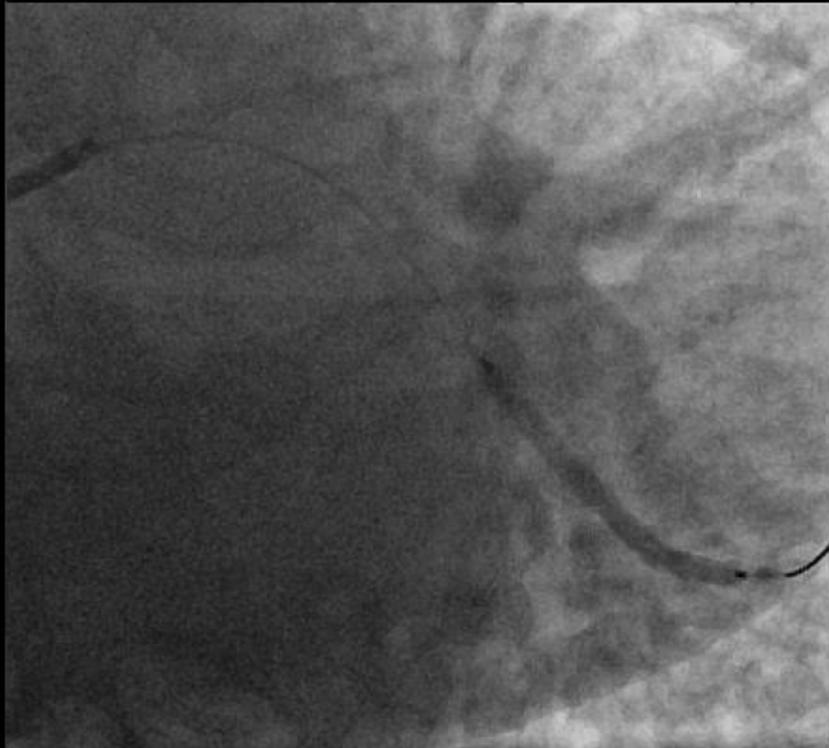


DERIVED

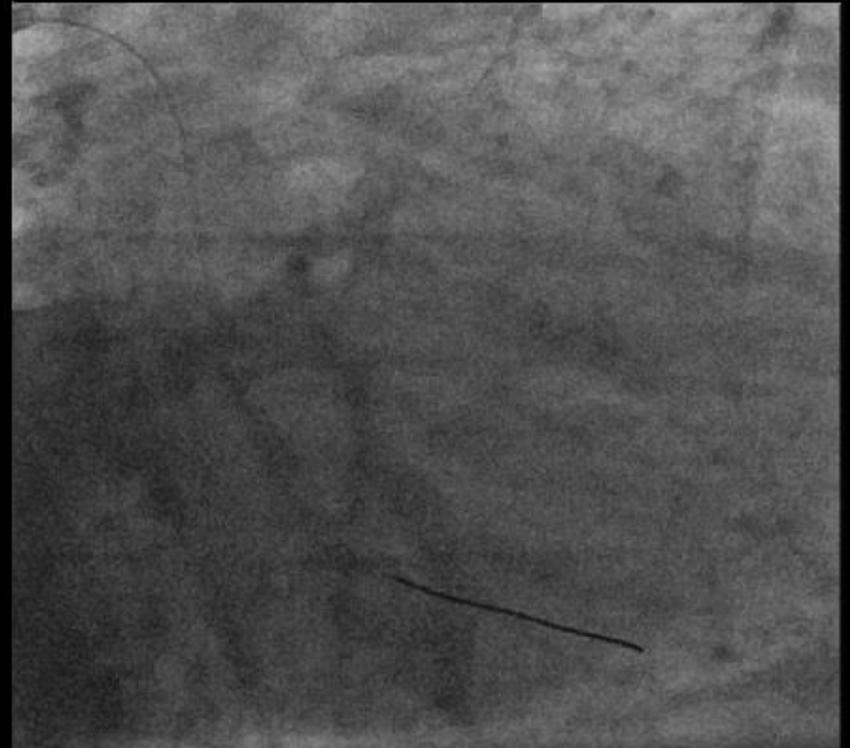


Angioplastie Cx moyenne

DERIVED

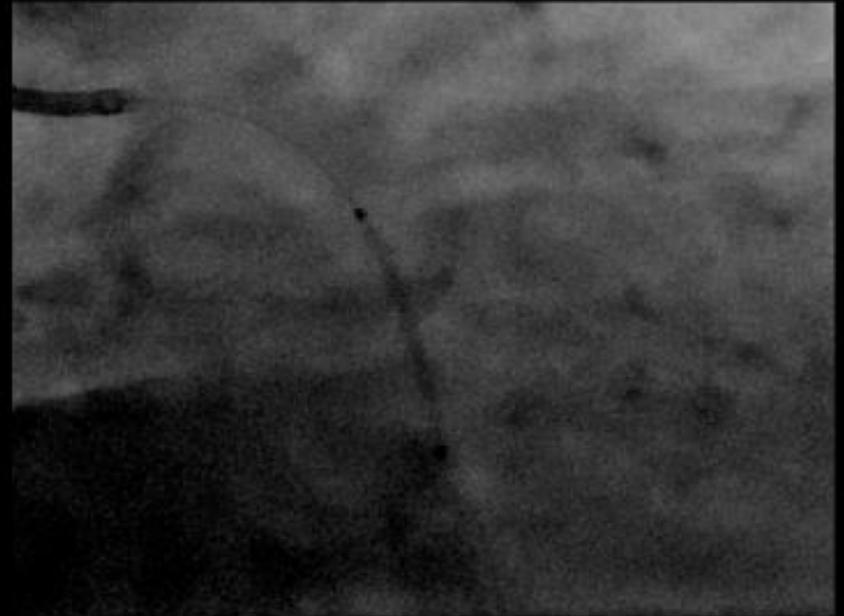
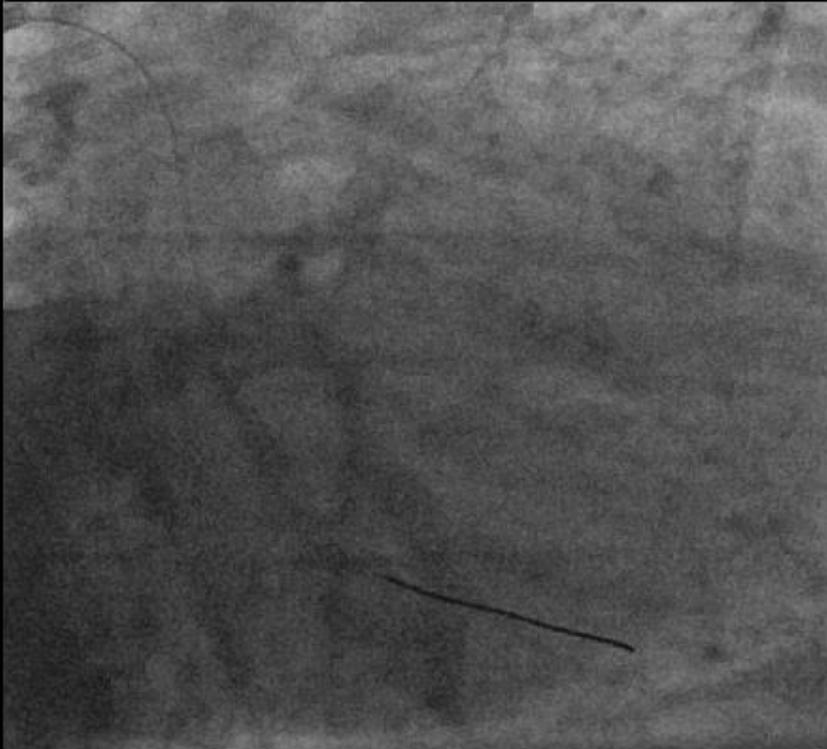


DERIVED

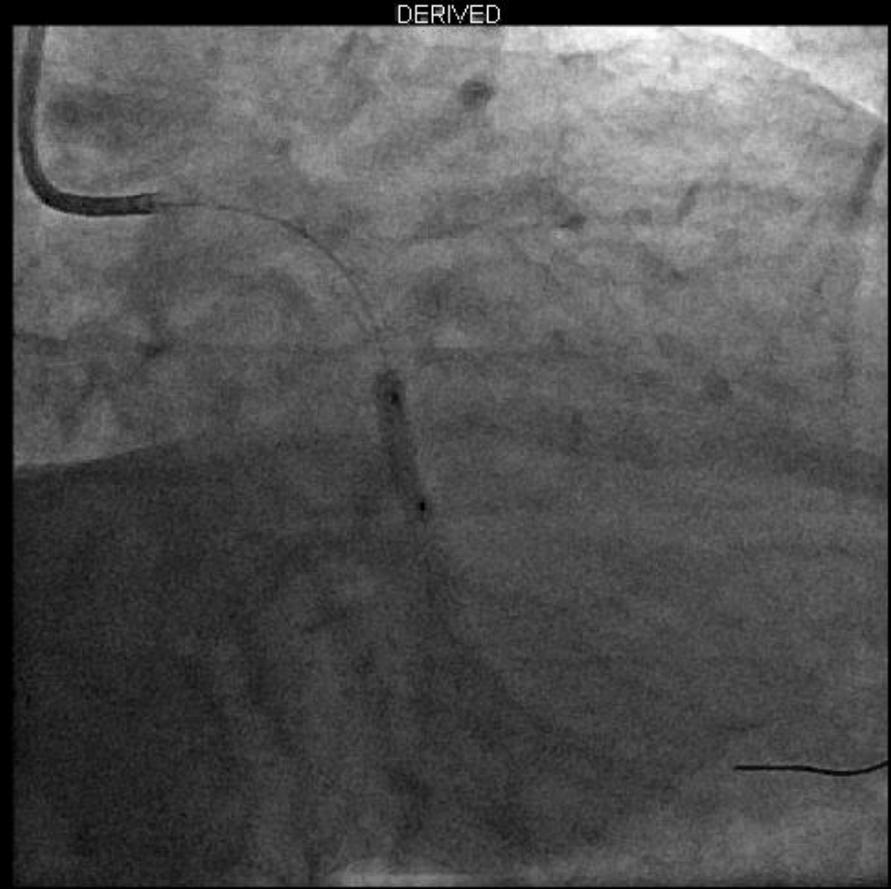
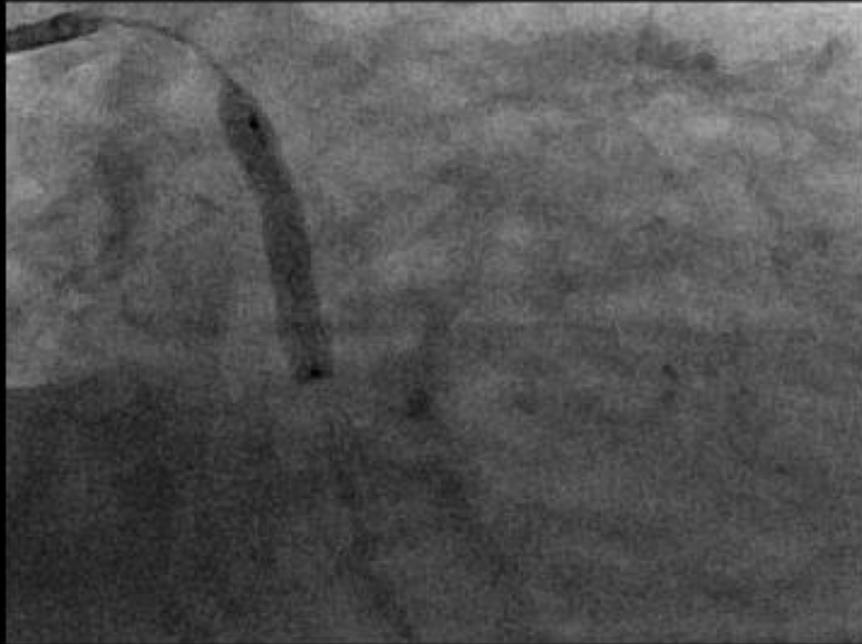


Angioplastie Cx moyenne

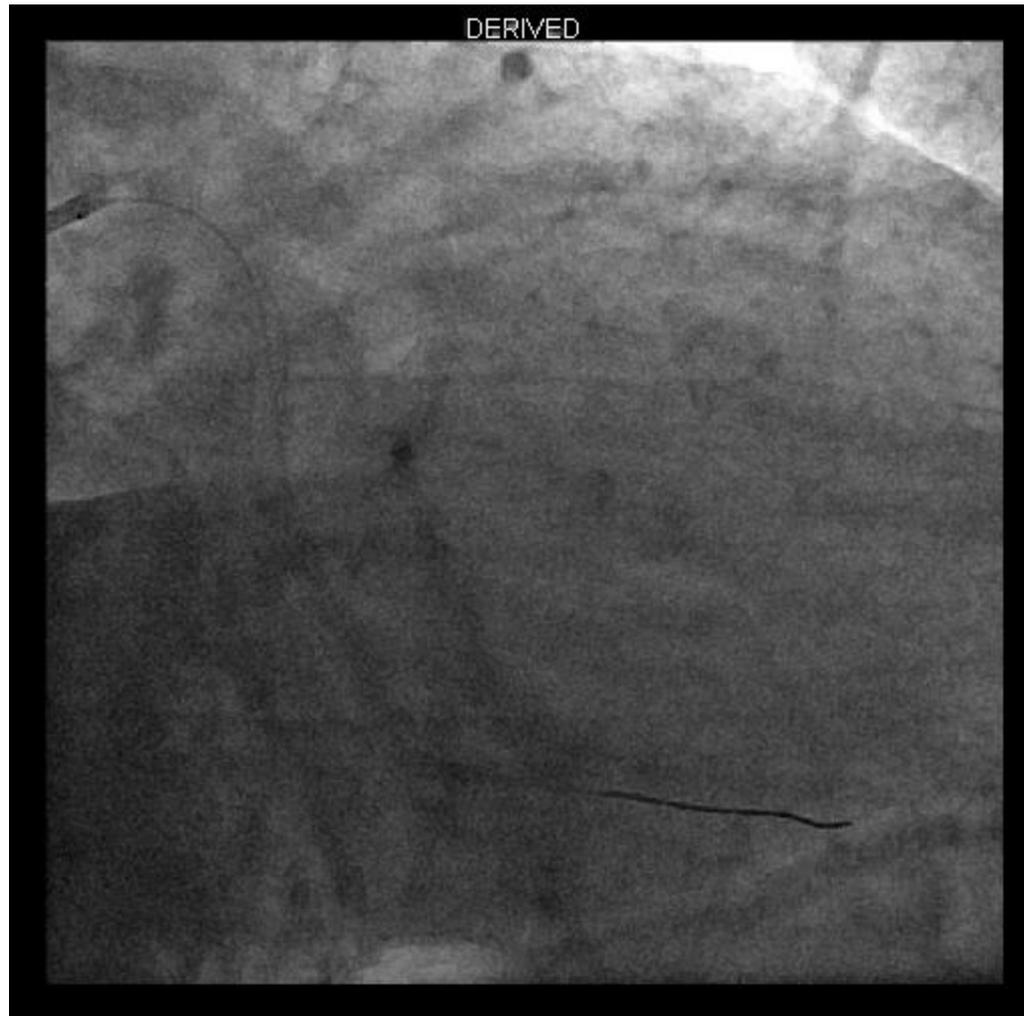
DERIVED



Angioplastie Cx moyenne



Angioplastie Cx moyenne

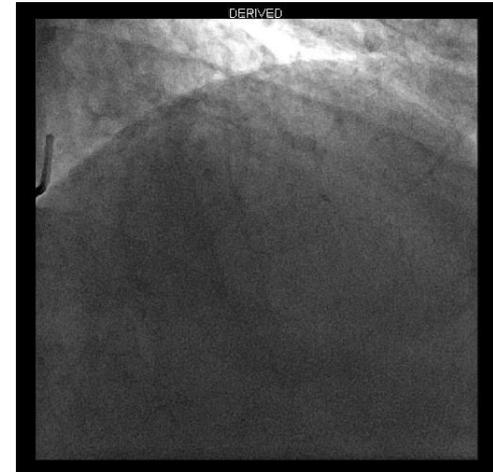


Évolution dans le service

- Sédation de la douleur en salle de cathétérisme, sans récurrence
- Pic troponinémie ultrasensible 23179 ng/L
- Pas de complication de la procédure
- Pas de complication aiguë du STEMI
- ETT : VG non dilaté, hypokinésie franche inférobasale, FEVG 60%, pas de valvulopathie aortique ni mitrale, bonne fonction systolique VD

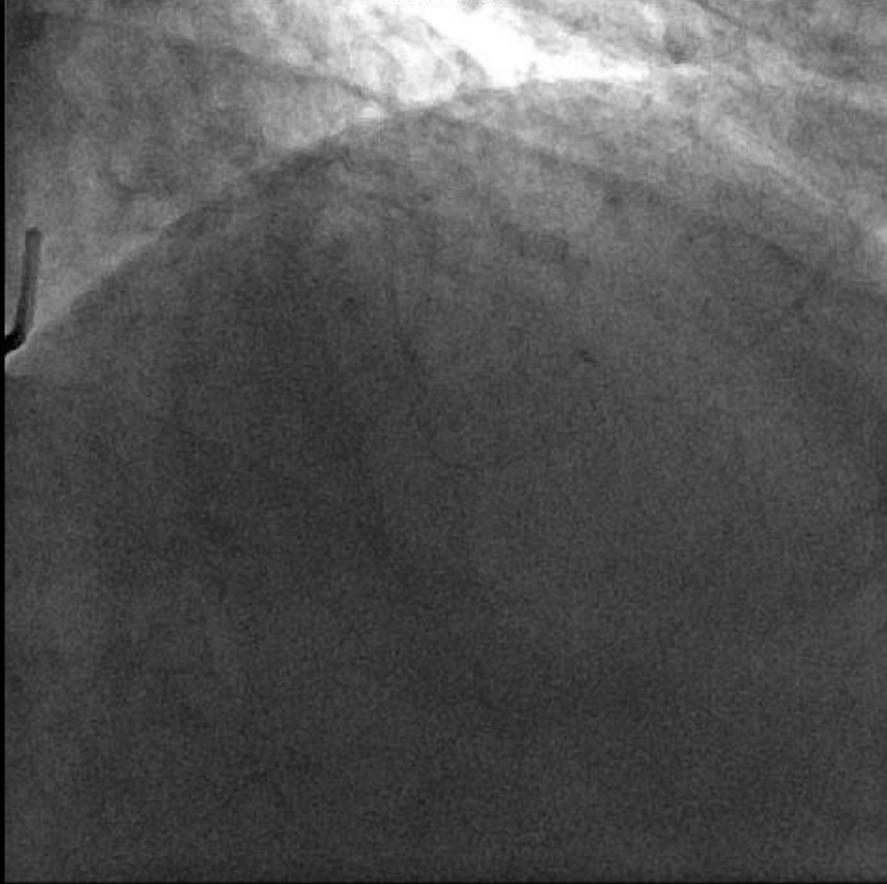
Que faire des autres lésions ?

- Revasculariser la CD?
- Revasculariser l'IVA?
- Revascularisation complète?
- Au cours de la même procédure?
- Au cours de la même hospitalisation?
- A distance après retour à domicile?
- Envisager un test ischémique ?



Que faire des autres lésions ?

DERIVED



DERIVED

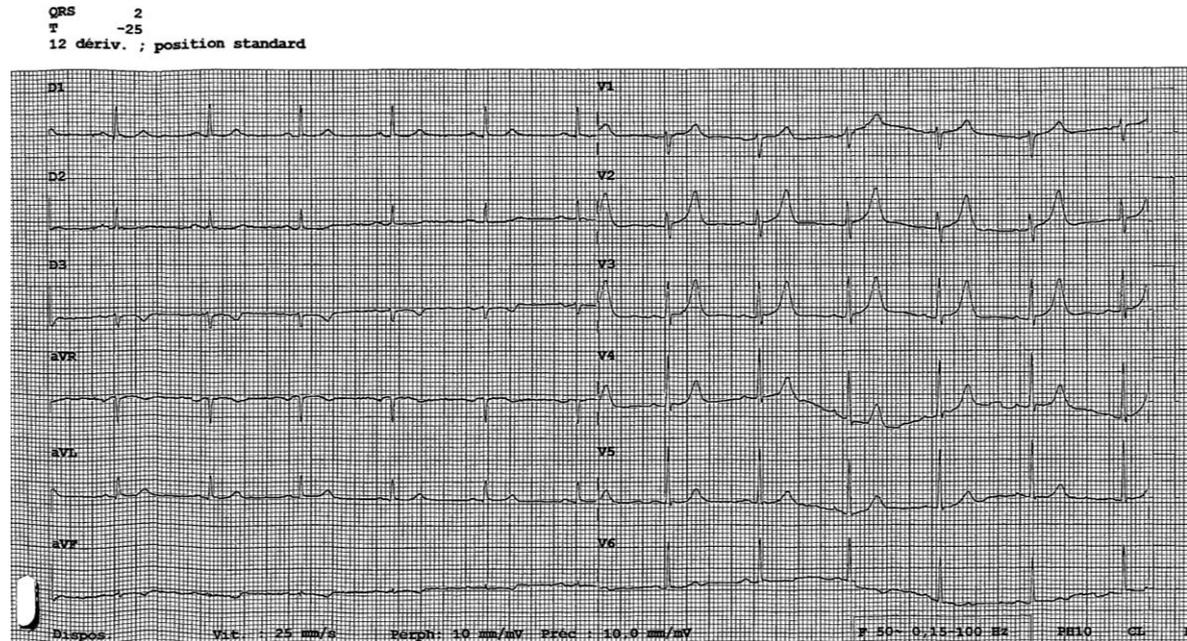


Stratégie retenue

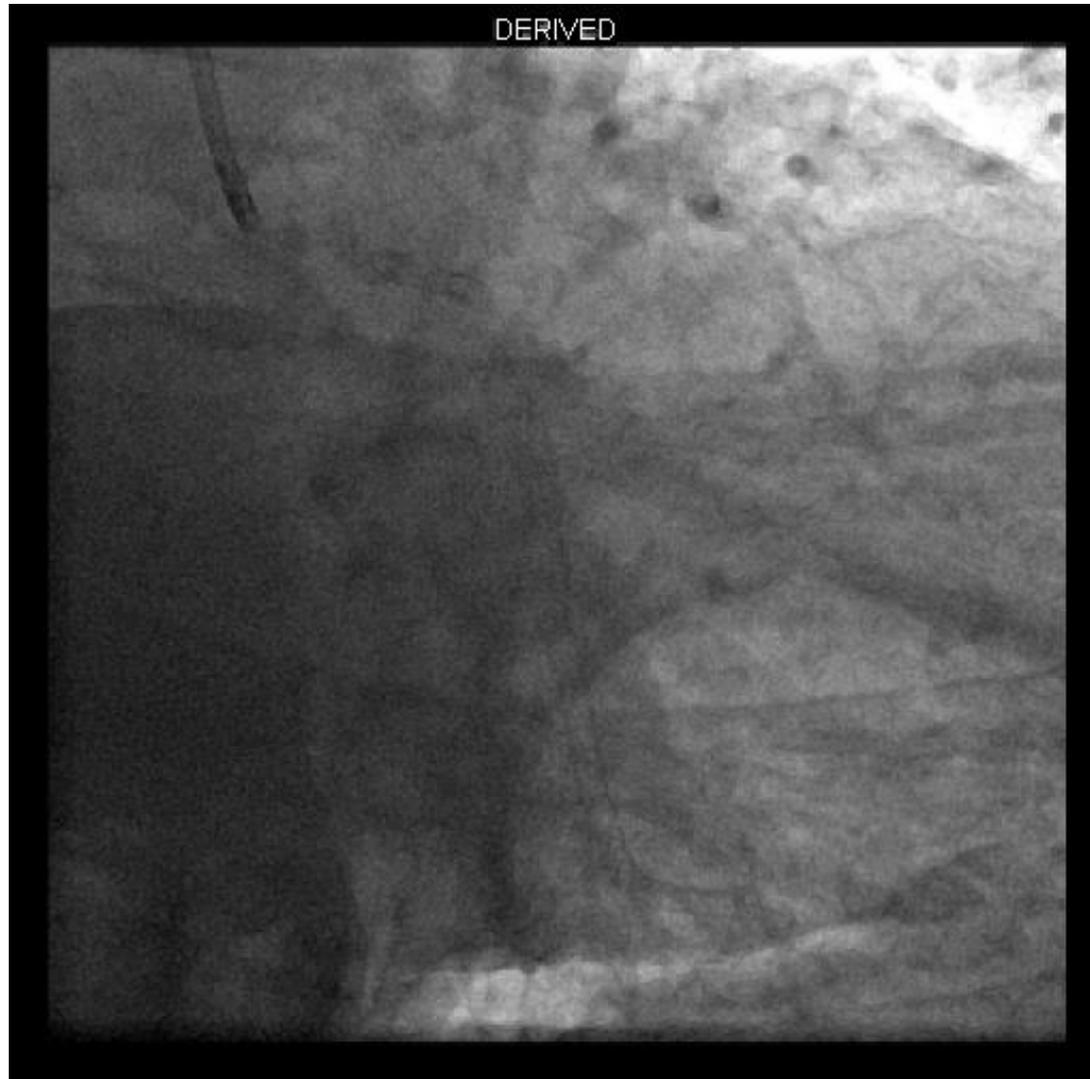
- RAD à J5
- Réhospitalisation programmée pour angioplastie de l'IVA 2 et évaluation FFR de la CD 2
- IVP laissée au traitement médical

Hospitalisation programmée

- Pas de symptomatologie depuis le retour à domicile
- Eupnéique en air ambiant
- Examen clinique normal
- ECG



RESULTAT Cx

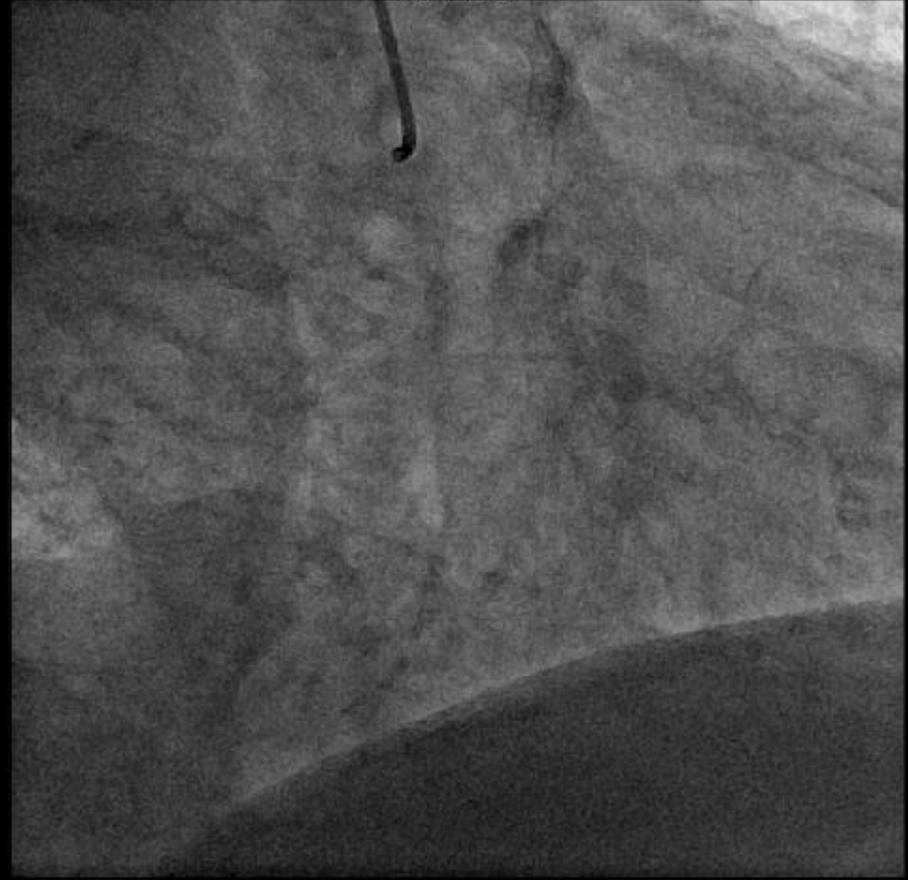


CORONAROGRAPHIE

DERIVED

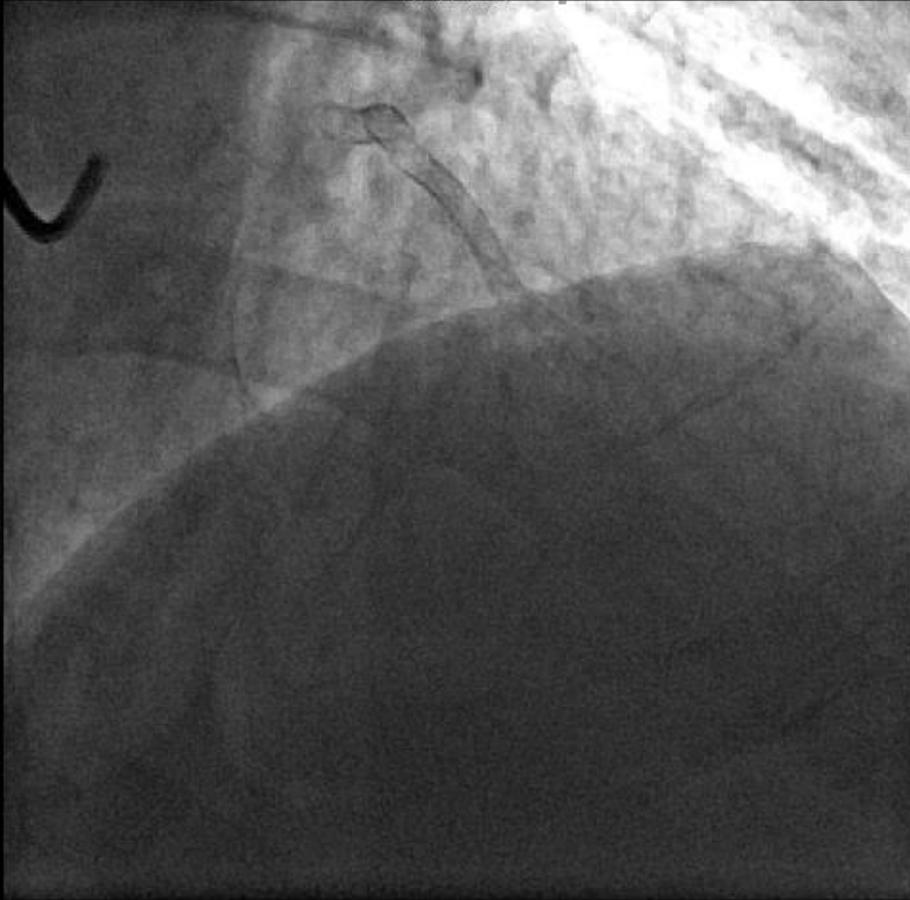


DERIVED

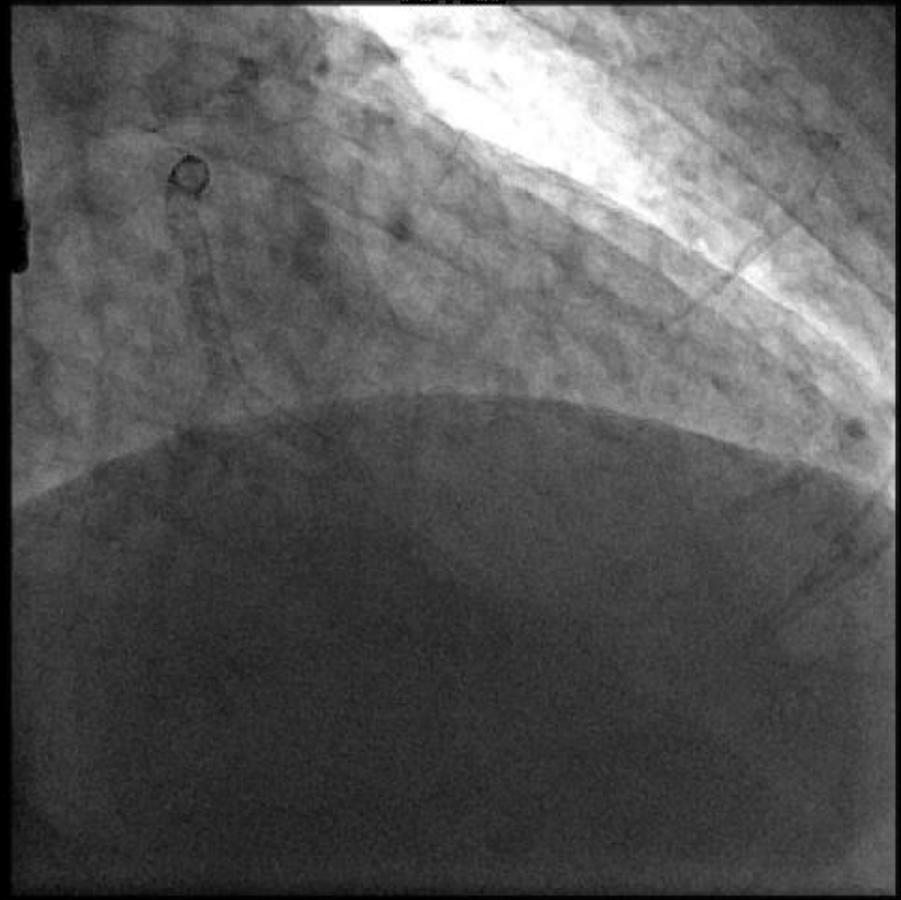


CORONAROGRAPHIE

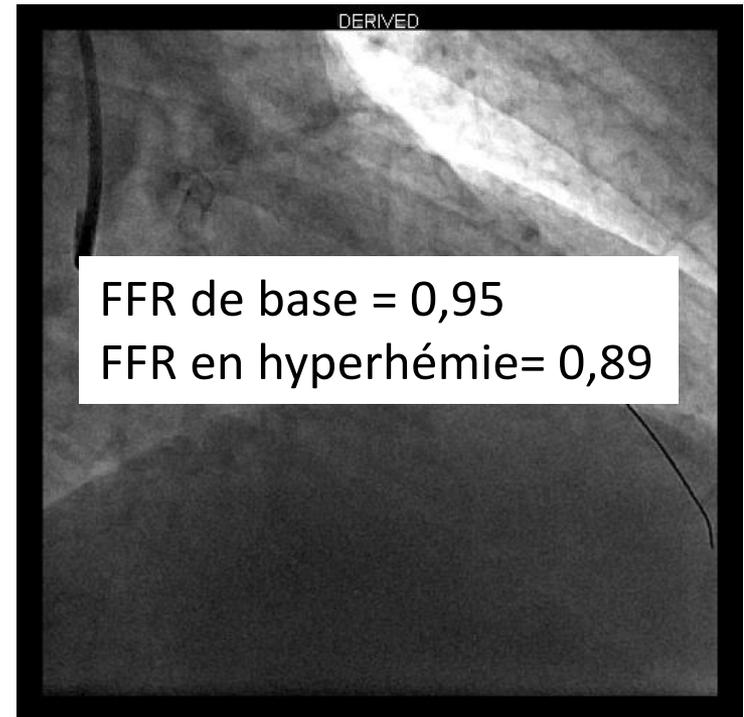
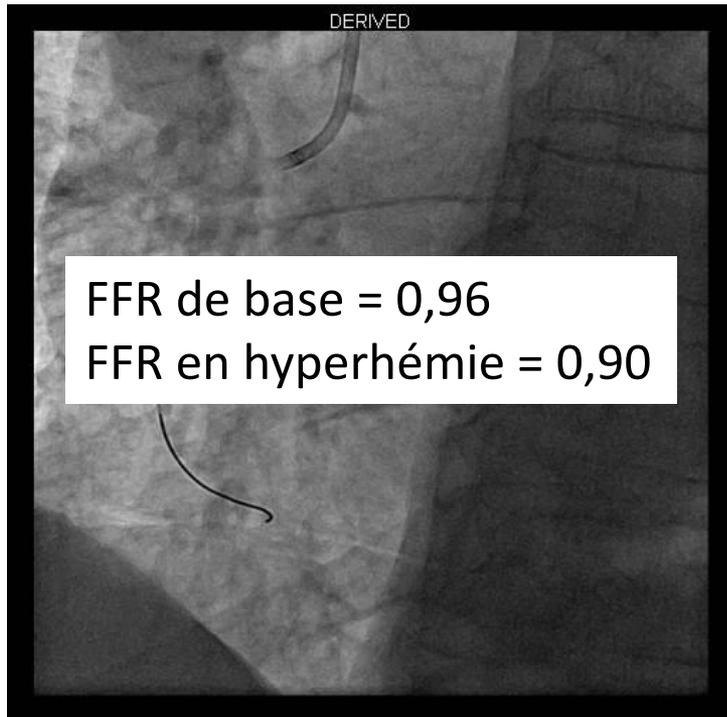
DERIVED



DERIVED



ÉVALUATION FFR



Suite de prise en charge

- Pas de revascularisation complémentaire
- RAD le jour même de la procédure avec optimisation du traitement bêtabloquant
- Inscription en rééducation cardiaque au centre le plus proche du domicile, en basse Normandie
- Suivi cardiologique régulier
- Pas de nécessité de nouvelle revascularisation à 10 mois

Affaire à suivre ...



**GROUPE
HOSPITALIER
DU HAVRE**

Merci de votre attention

CHU
ROUEN NORMANDIE

