

# **CAS CLINIQUES : STEMI et atteinte pluritronculaire**

**Dr DUPRE Marion, PHC**

**Groupe Hospitalier du Havre, CHU ROUEN**

# DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

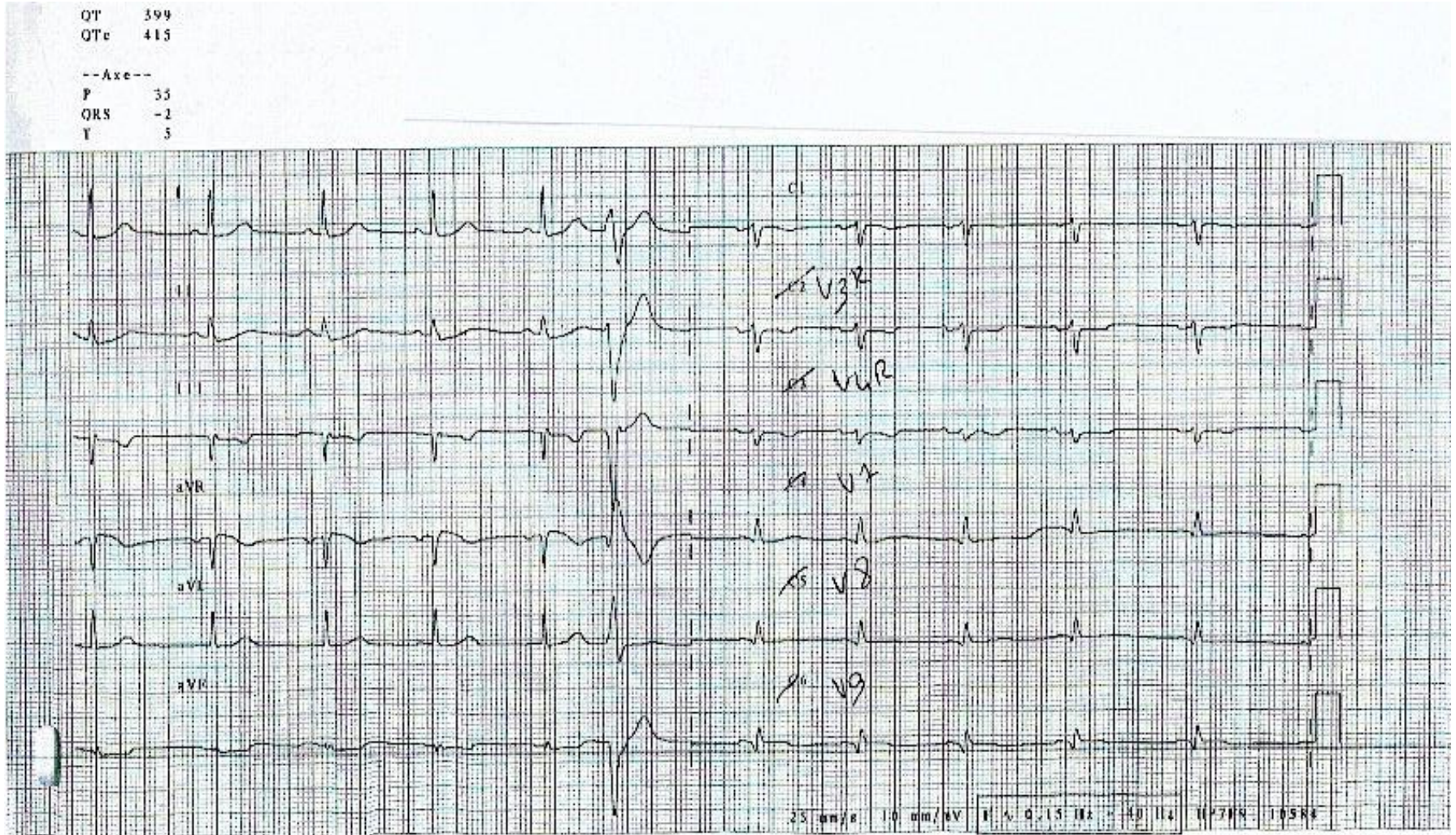
**Intervenant : Marion DUPRE, Rouen, Le Havre**

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

# M.G, 54 ans

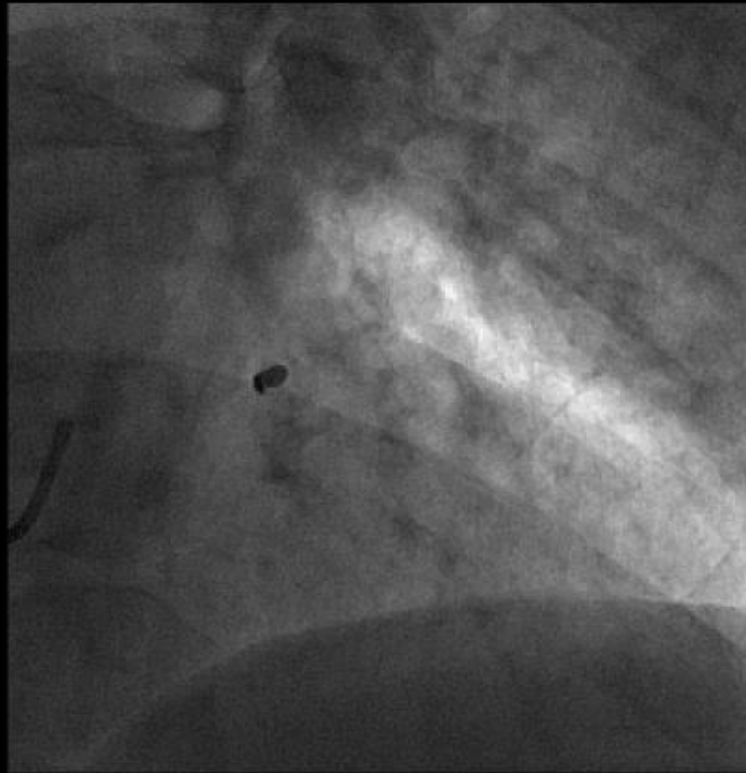
- Facteurs de risque CV : tabac, antécédents familiaux, dyslipidémie non traitée
- Antécédents médicaux : ulcère gastrique ancien, métaplasie intestinale sans dysplasie
- Traitements habituels : aucun
- 10/05/16 à 4h40 appel SAMU 76 pour DT constrictive irradiant dans les deux membres supérieurs, constante 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

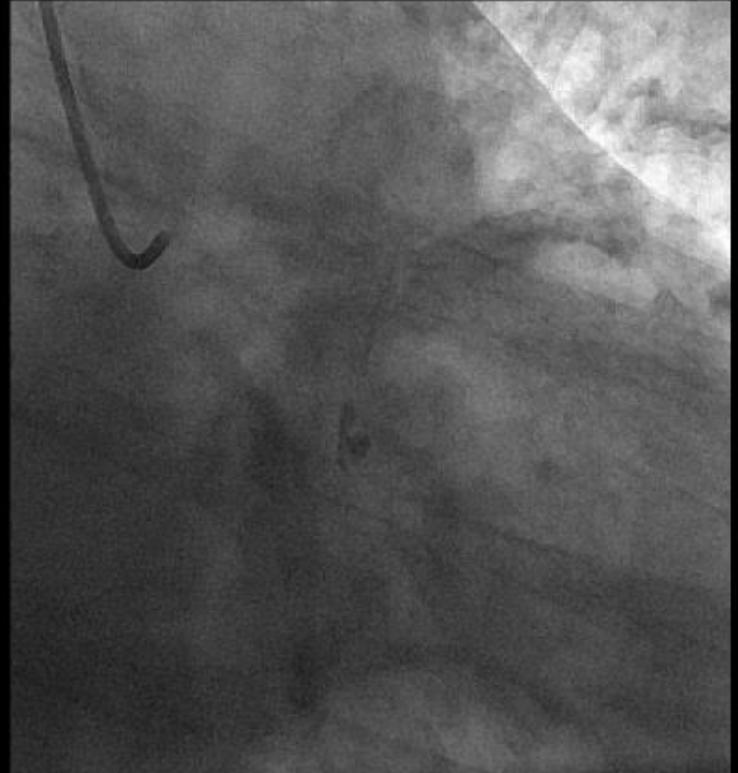


# Coronarographie

DERIVED

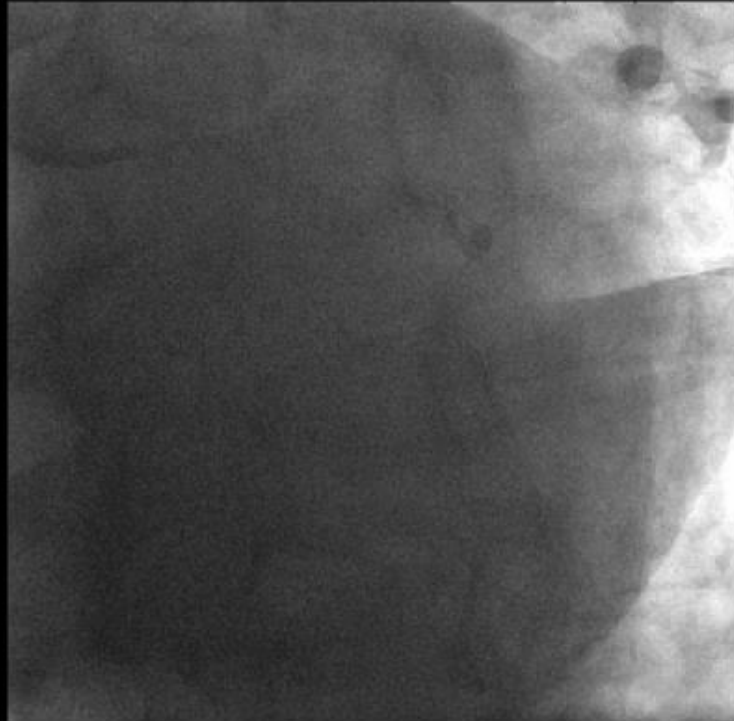


DERIVED

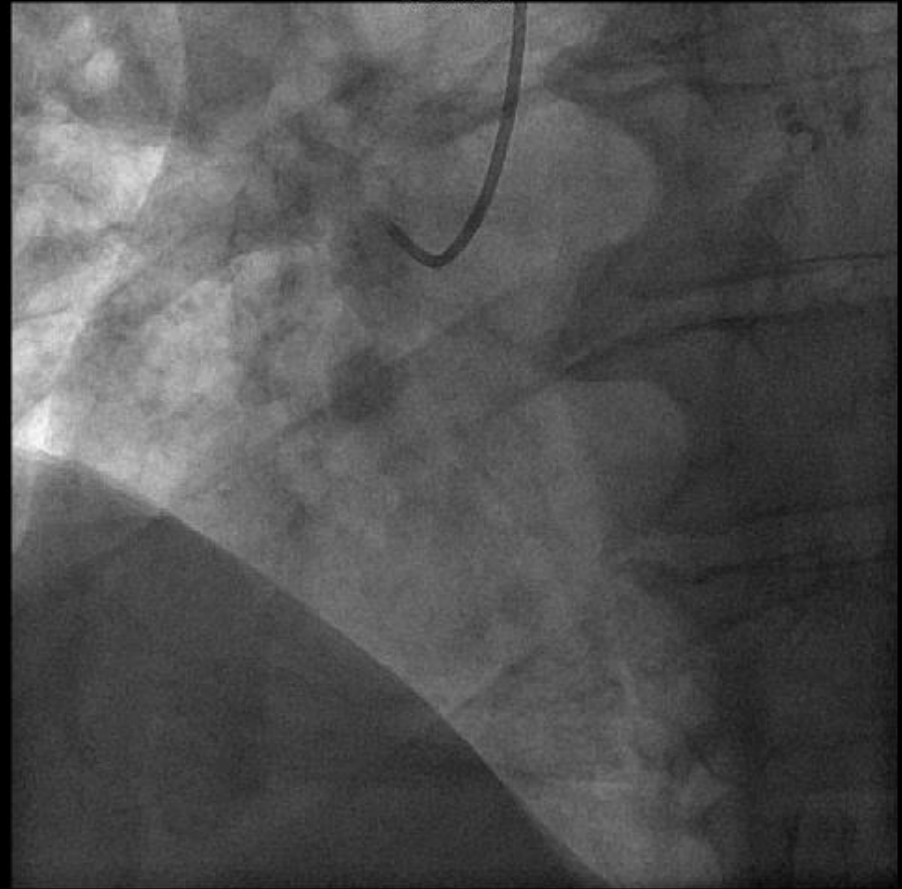


# Coronarographie

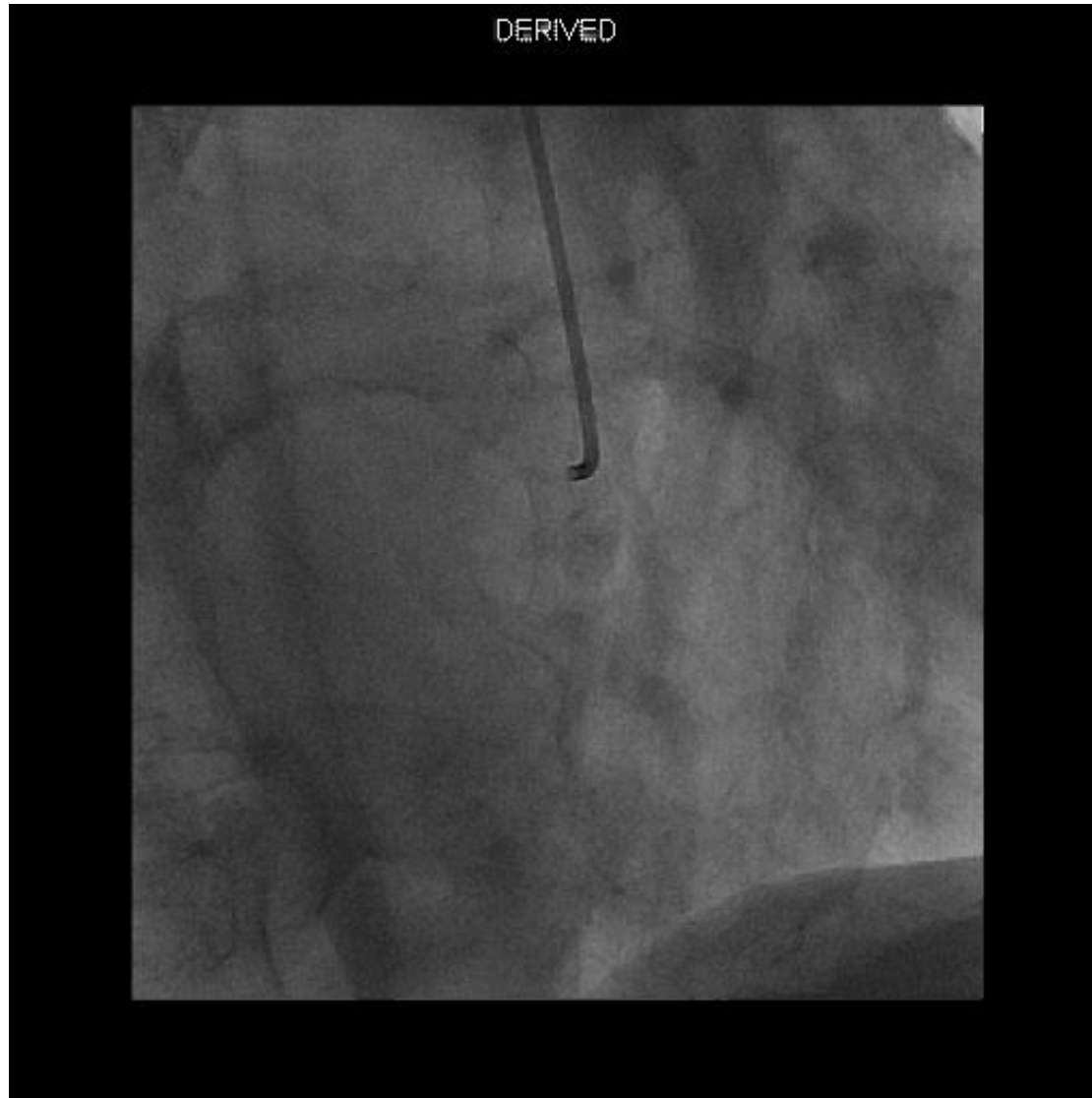
DERIVED



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 ?

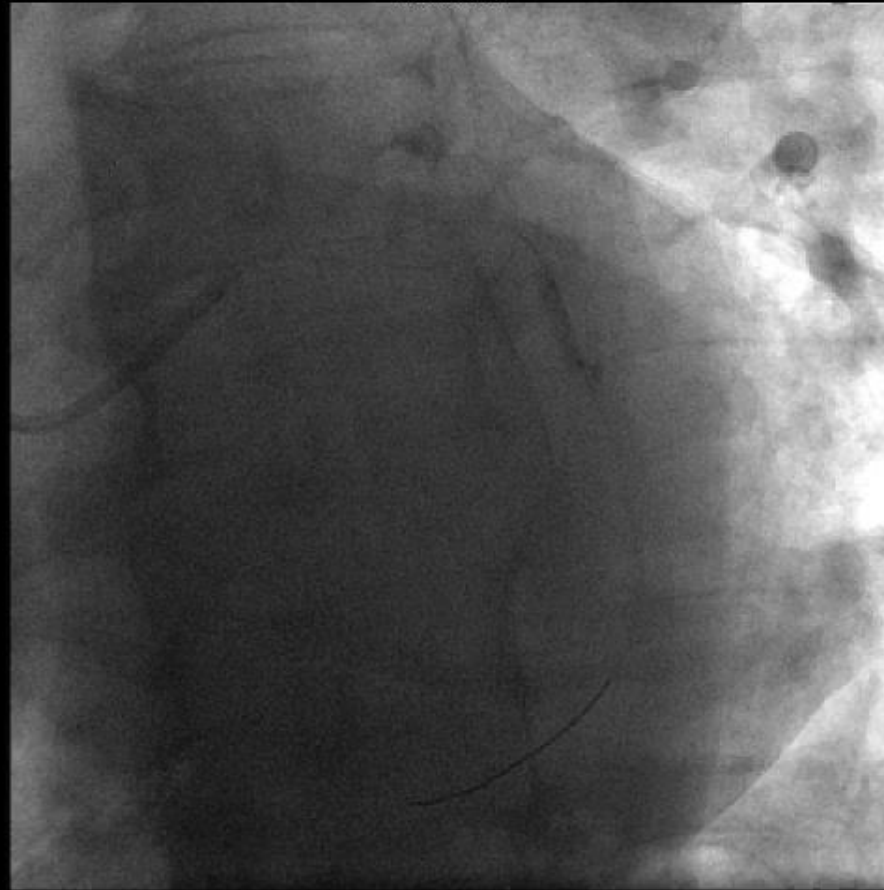


# Angioplastie Cx en urgence

DERIVED

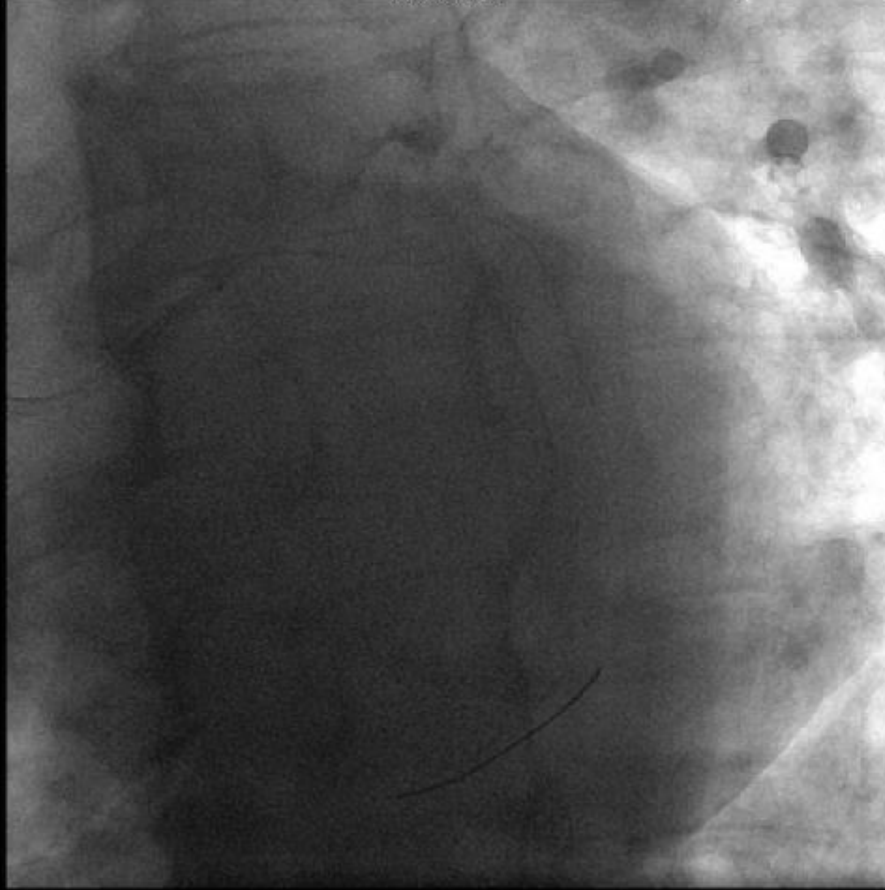


DERIVED



# Angioplastie Cx en urgence

DERIVED



DERIVED

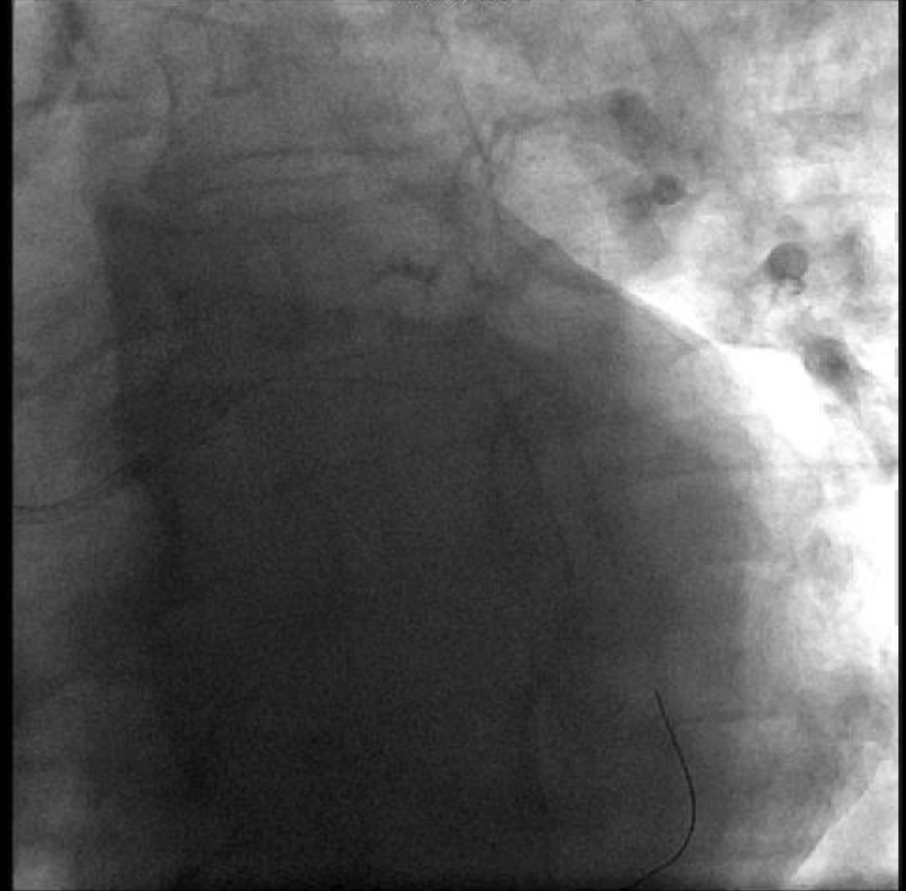


# Angioplastie Cx en urgence

DERIVED

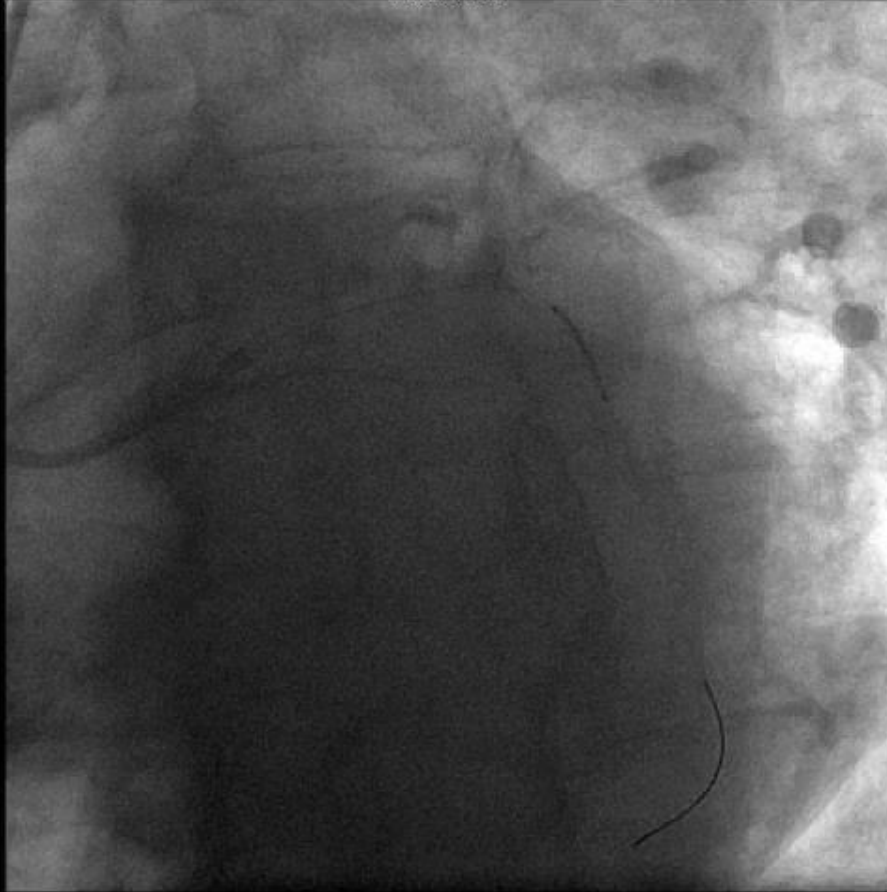


DERIVED

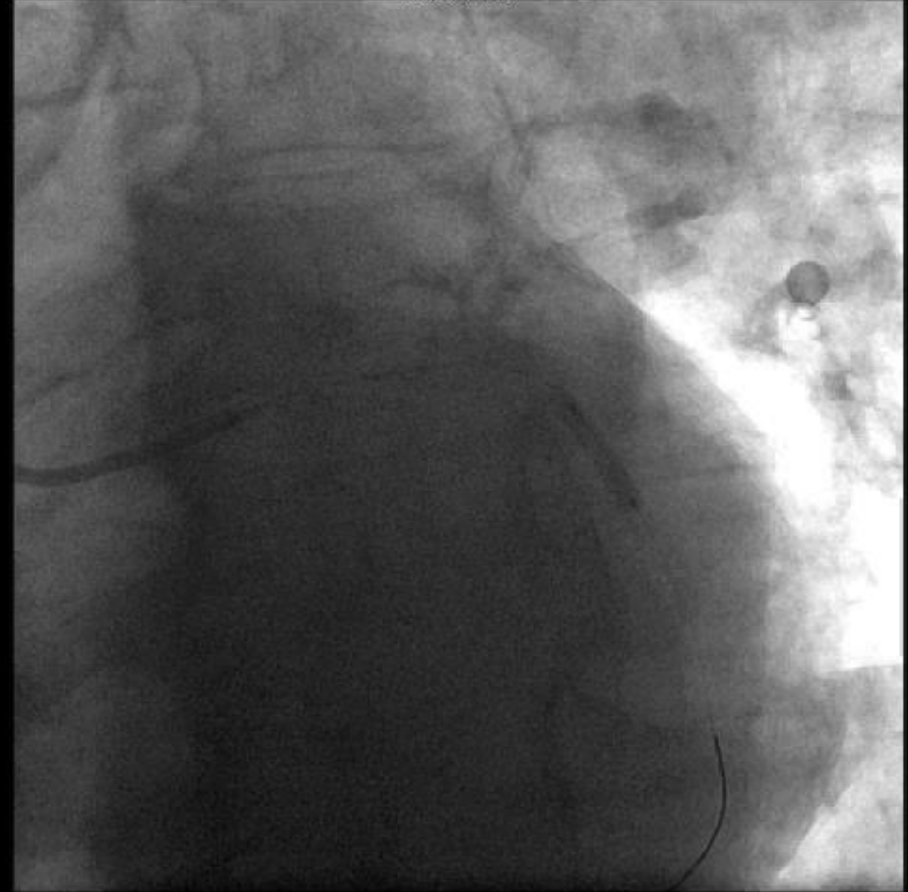


# Angioplastie Cx en urgence

DERIVED



DERIVED

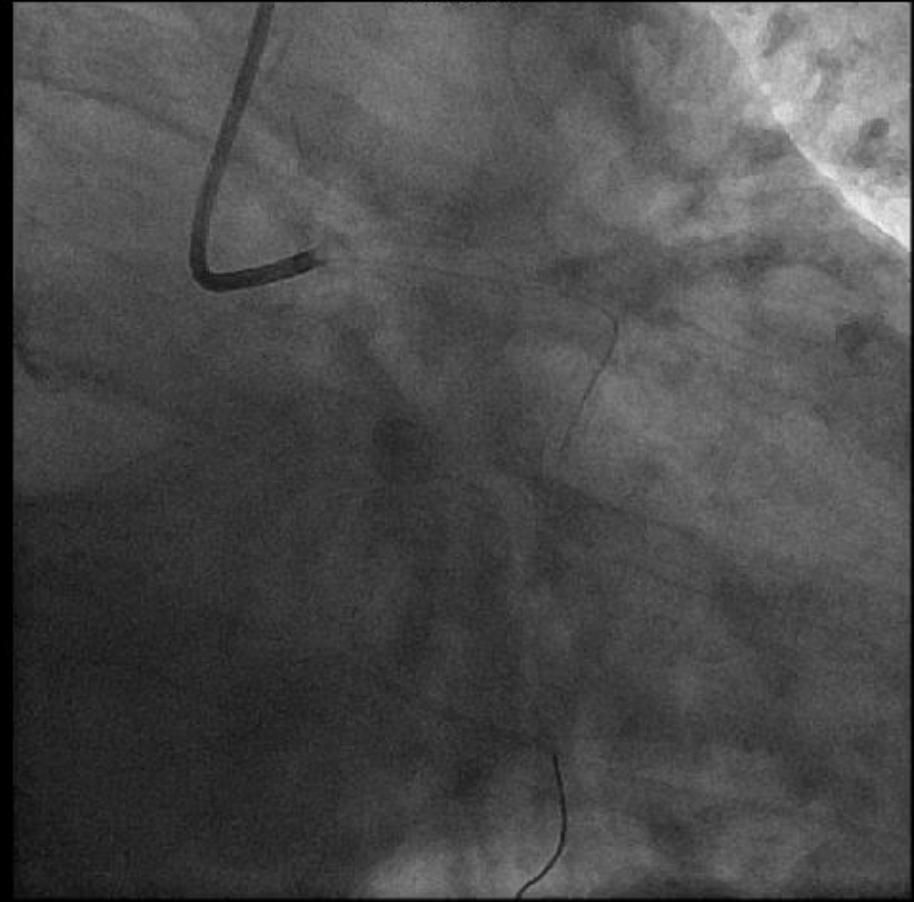


# Angioplastie Cx en urgence

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 ?

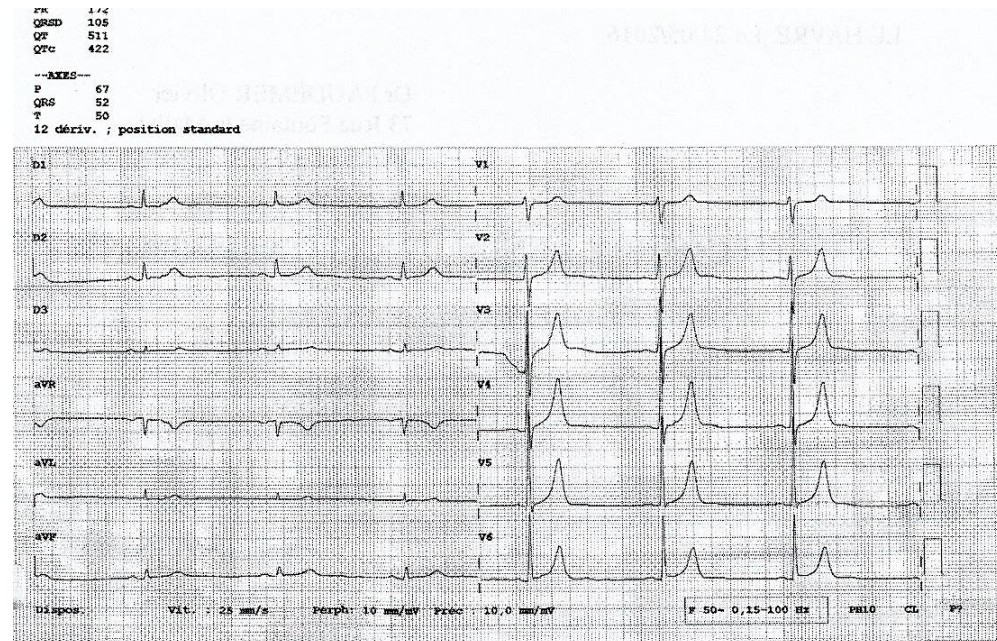
# Stratégie retenue à l'époque

- 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

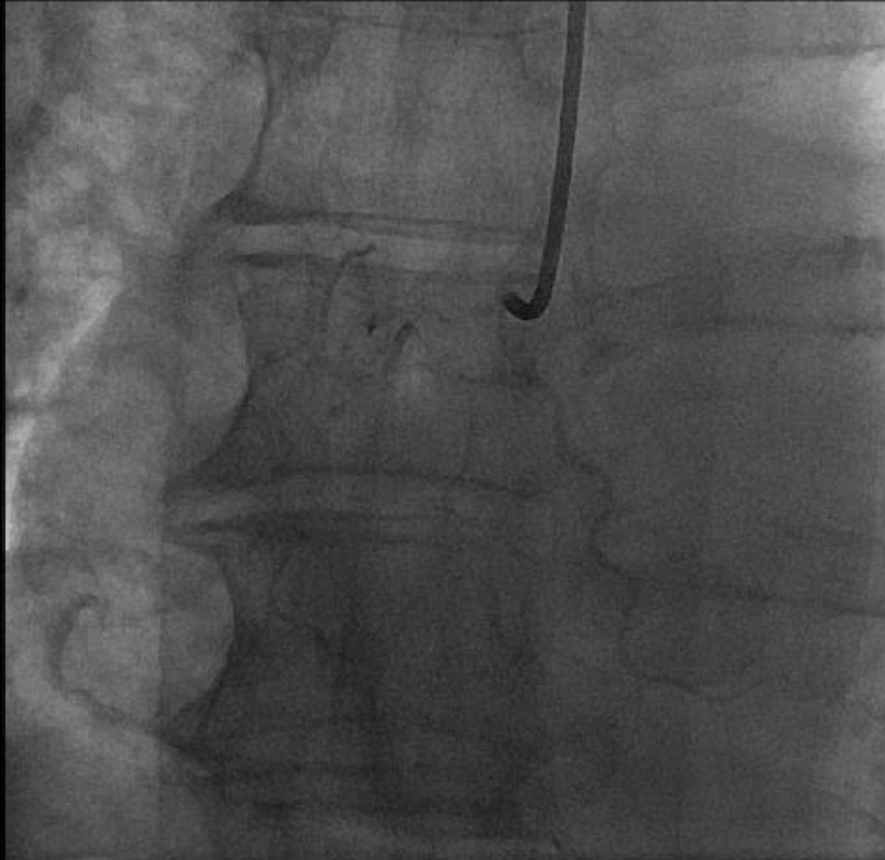


# Angio VG



# Angioplastie CD

DERIVED



DERIVED

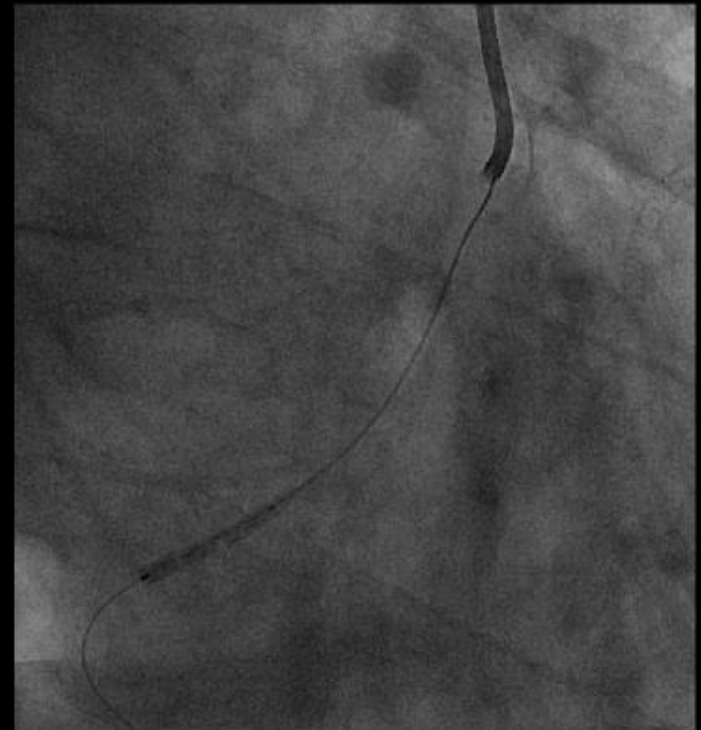


# Angioplastie CD

DERIVED



DERIVED



# Angioplastie CD

DERIVED

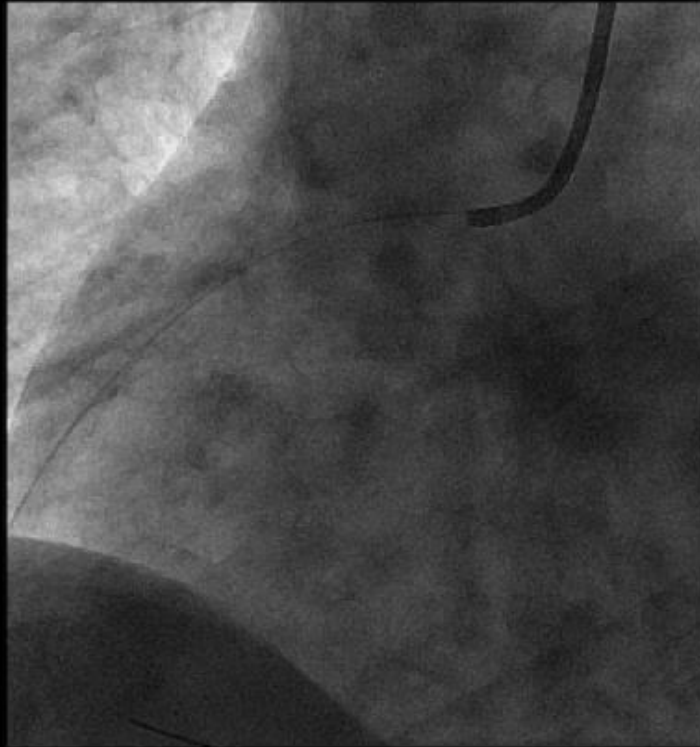


DERIVED

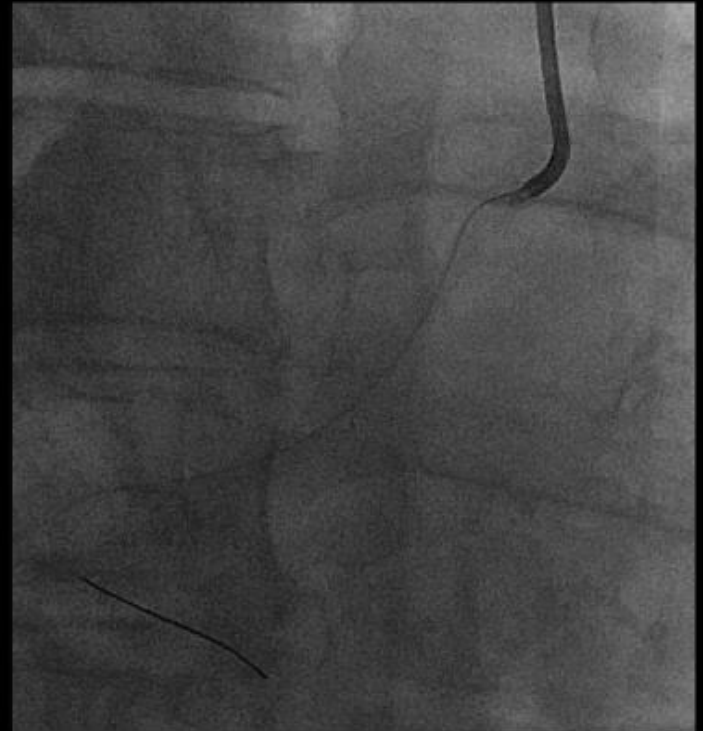


# Angioplastie CD

DERIVED



DERIVED



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

# 2<sup>ème</sup> Hospitalisation programmée

- Patient asymptomatique
- Observant
- Examen clinique et ECG inchangés

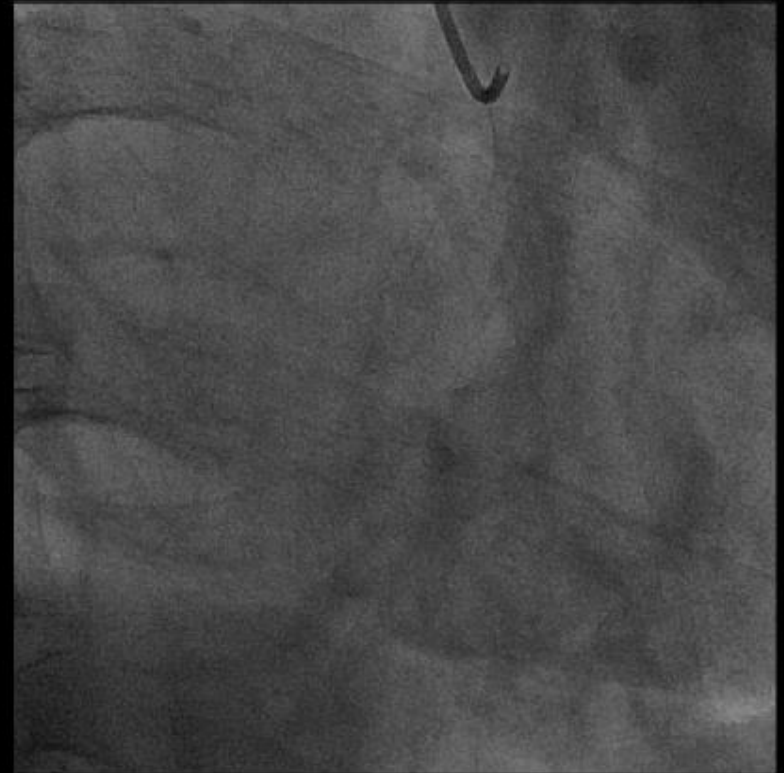


# Résultat CD

DERIVED

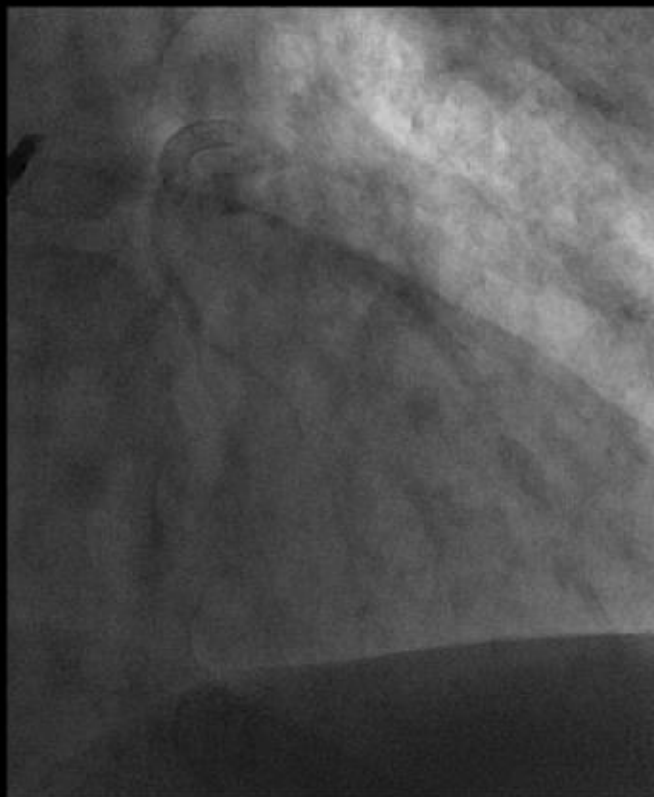


DERIVED



# Angioplastie IVA

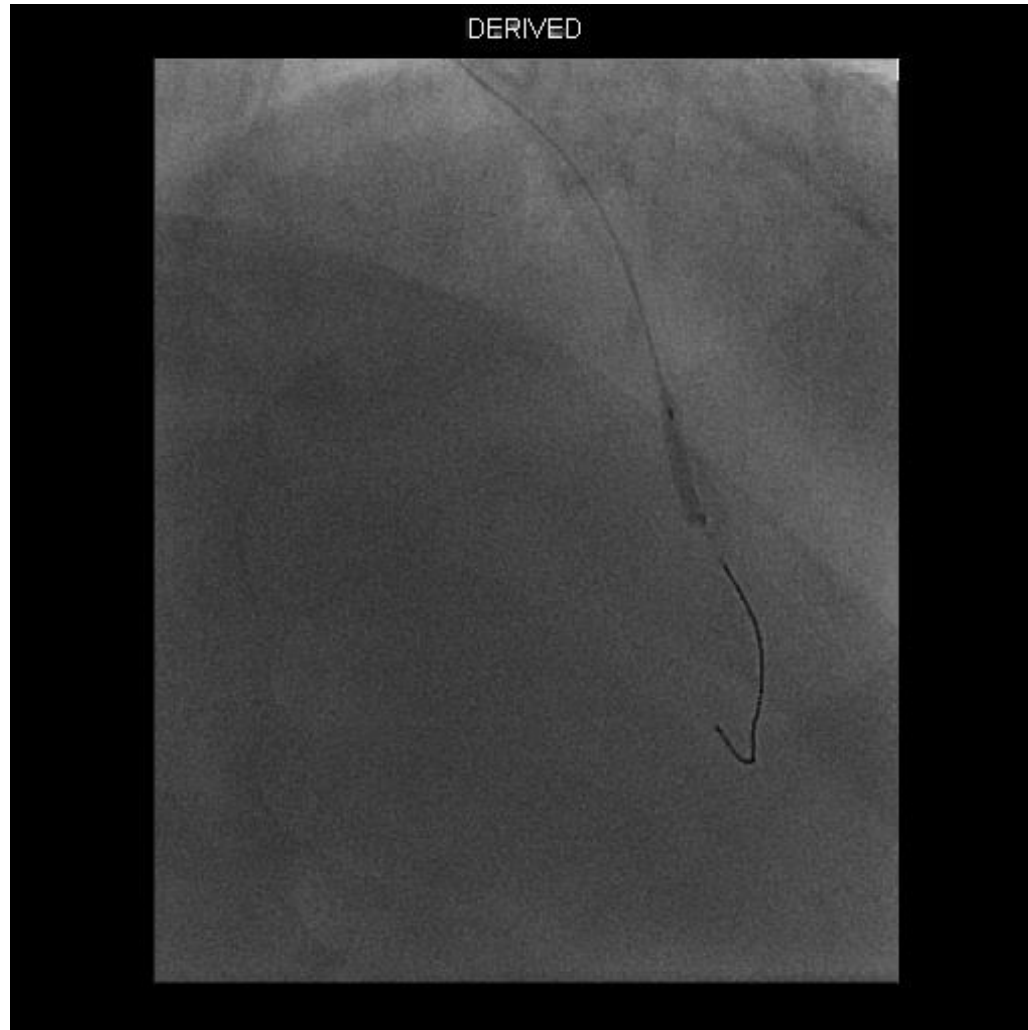
DERIVED



DERIVED

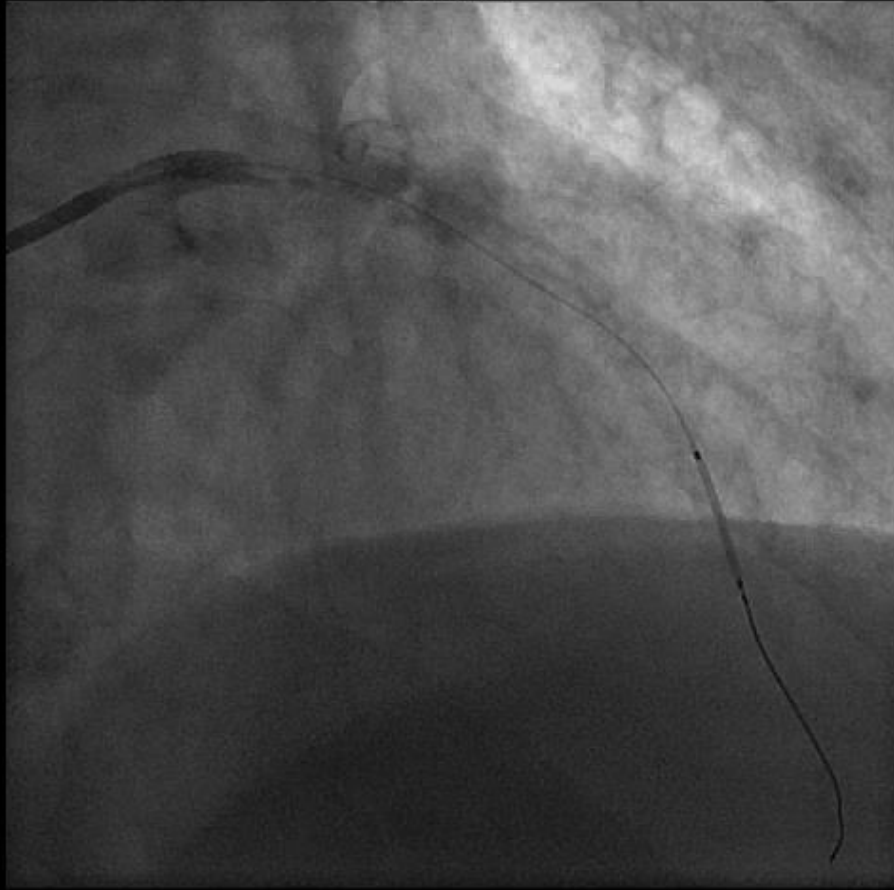


# Angioplastie IVA

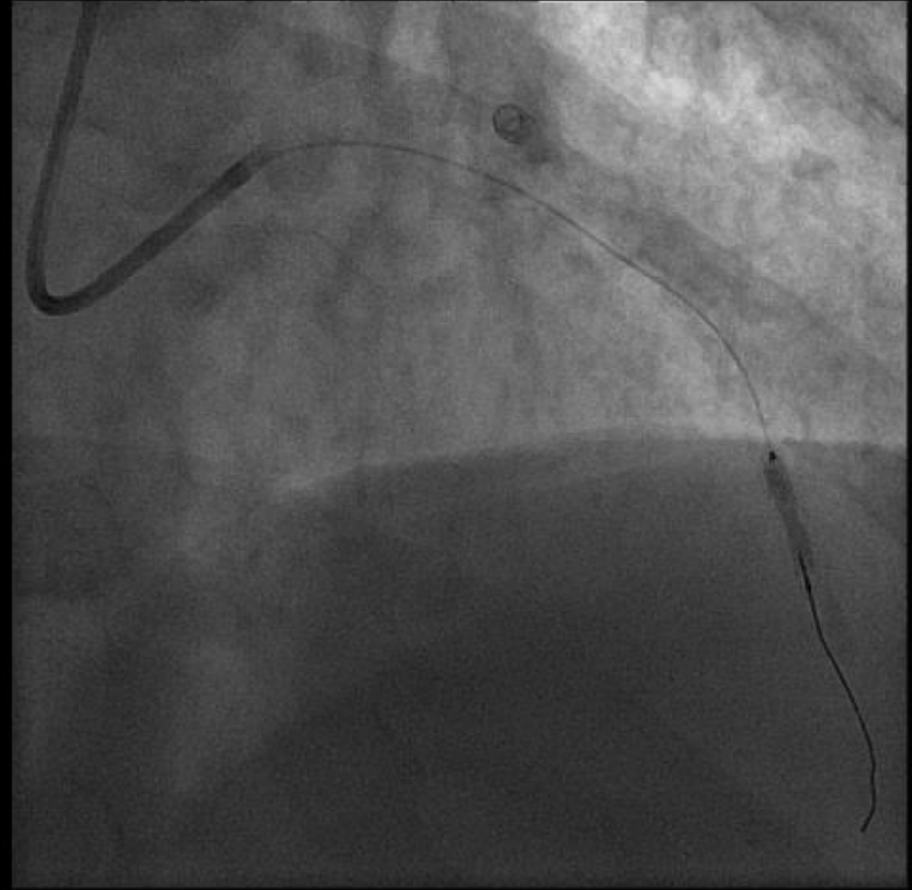


# Angioplastie IVA

DERIVED

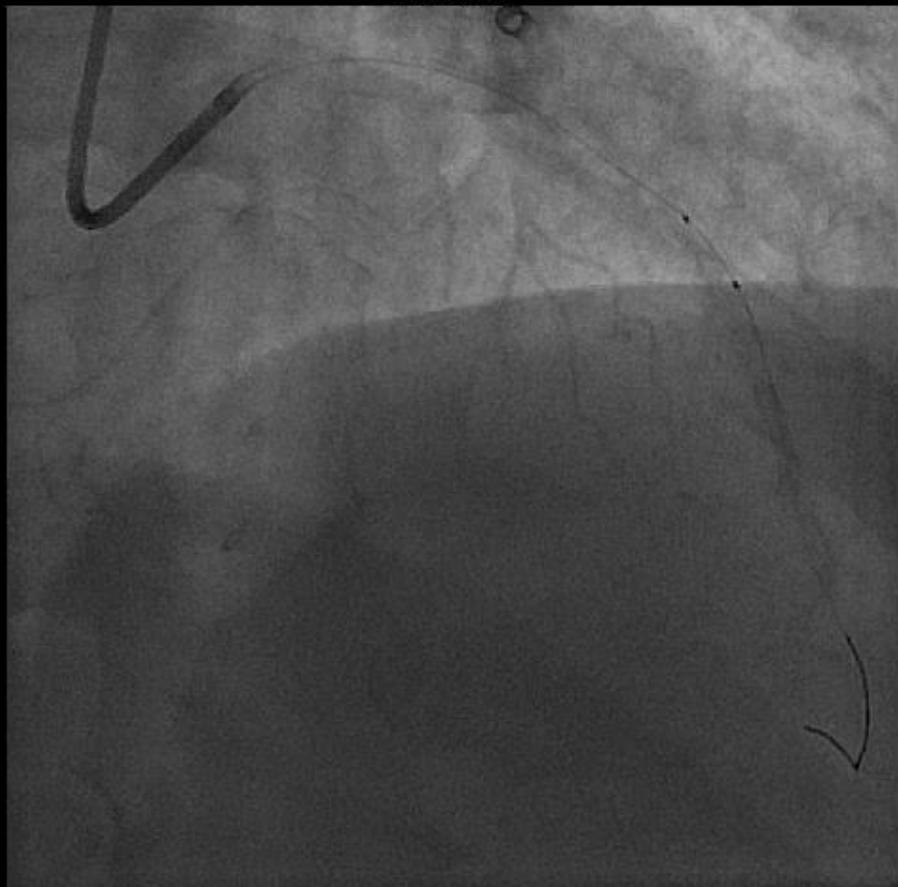


DERIVED

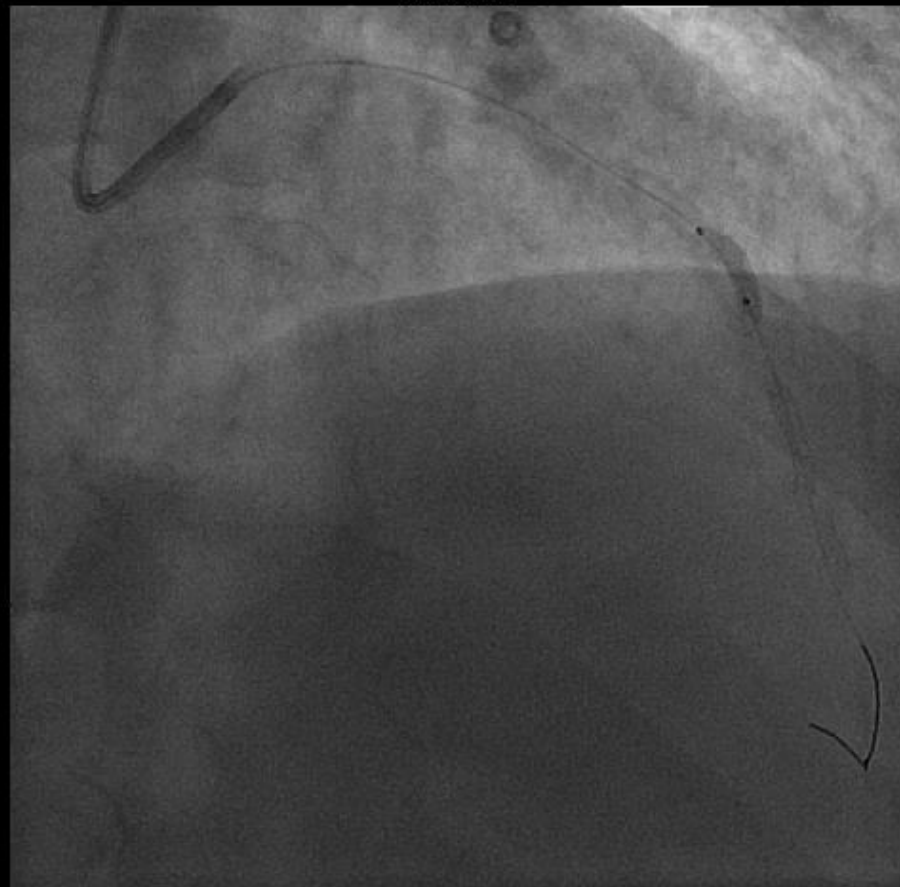


# Angioplastie IVA

DERIVED

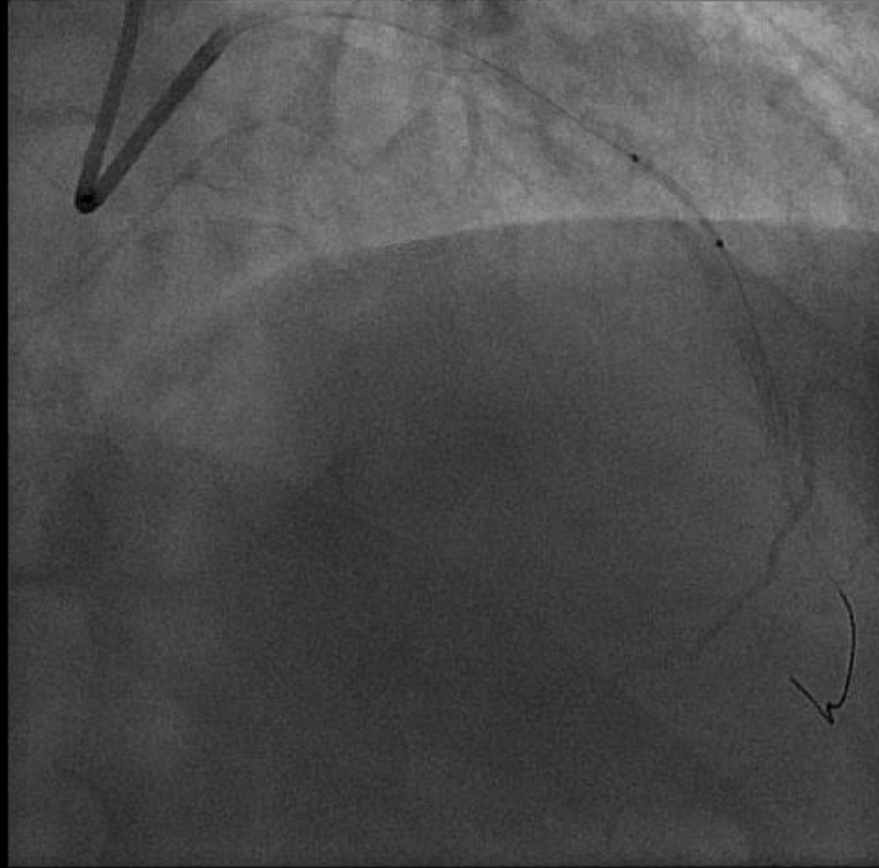


DERIVED

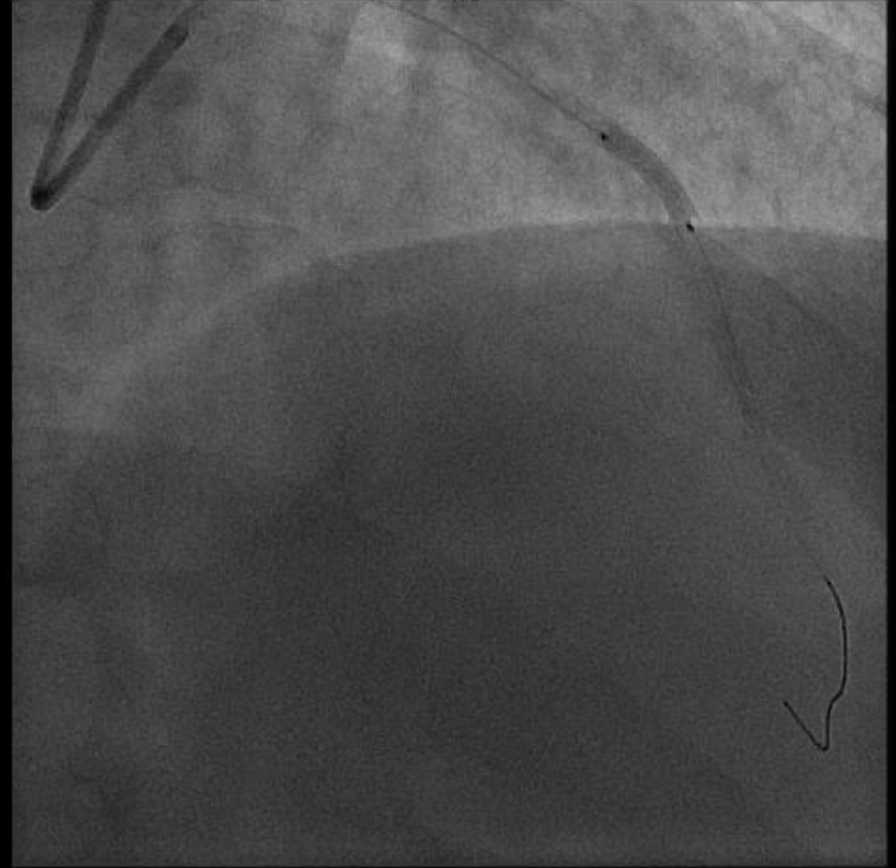


# Angioplastie IVA

DERIVED

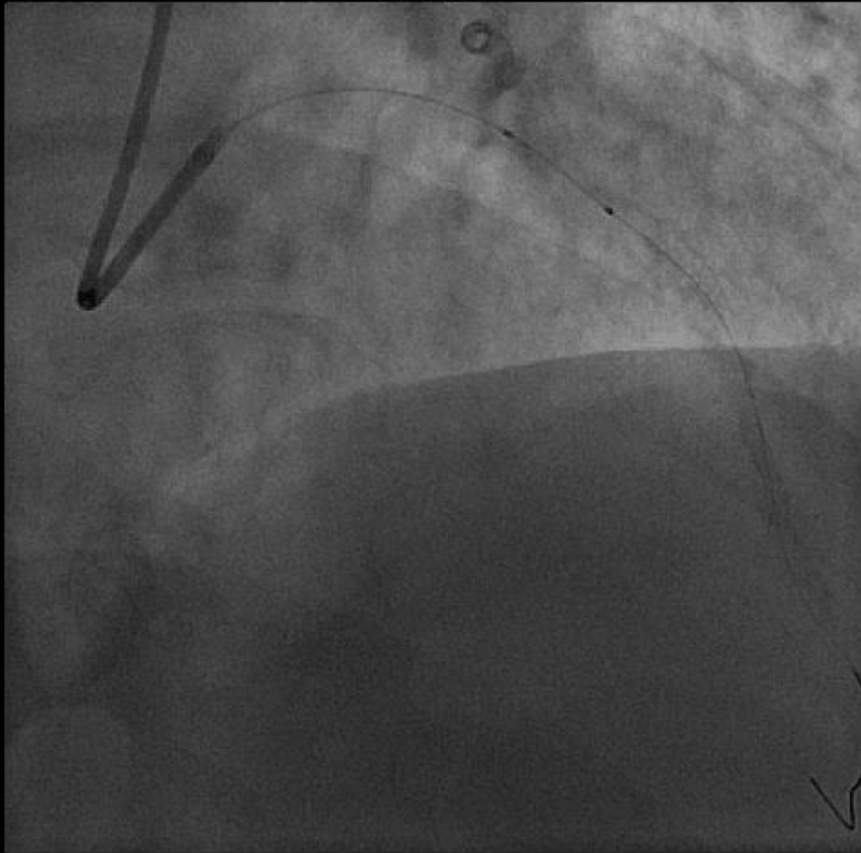


DERIVED



# Angioplastie IVA

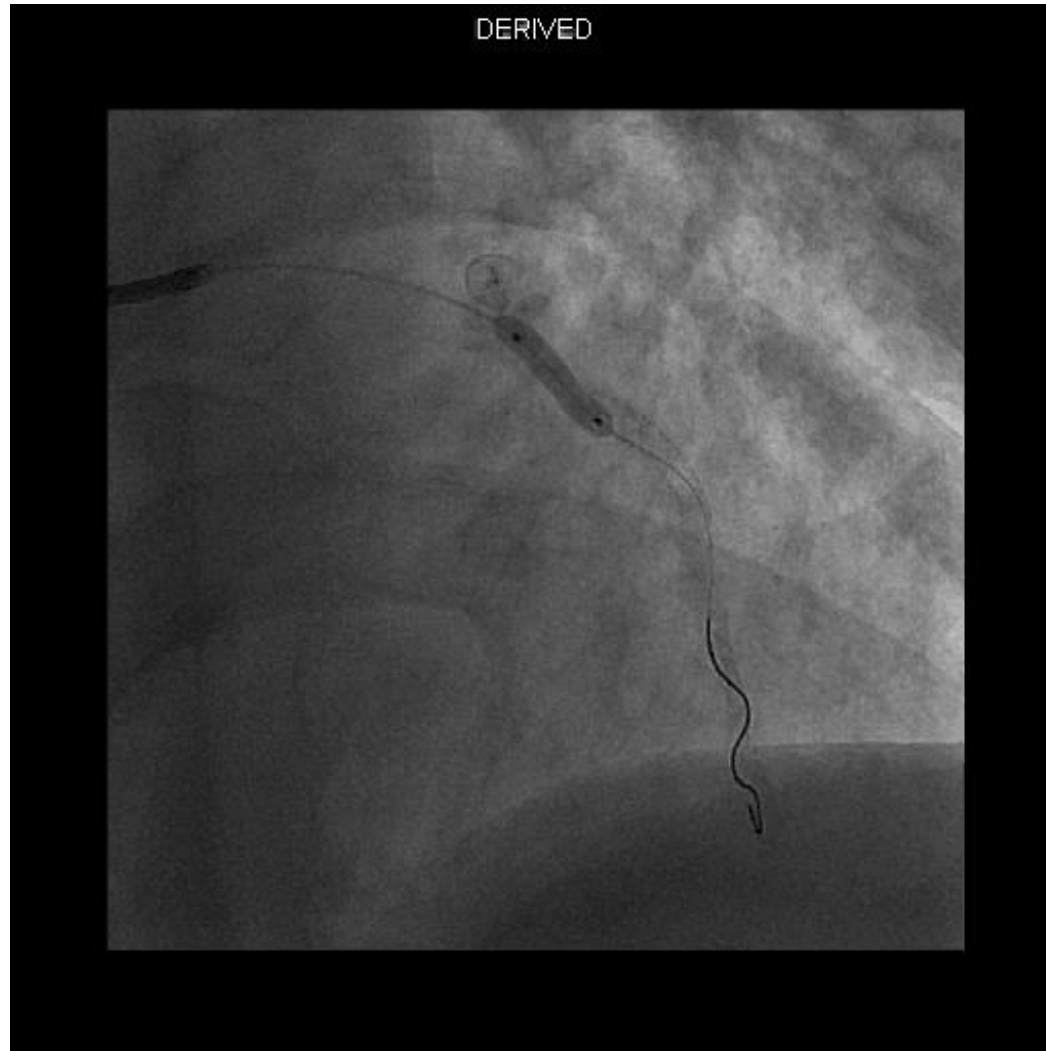
DERIVED



DERIVED

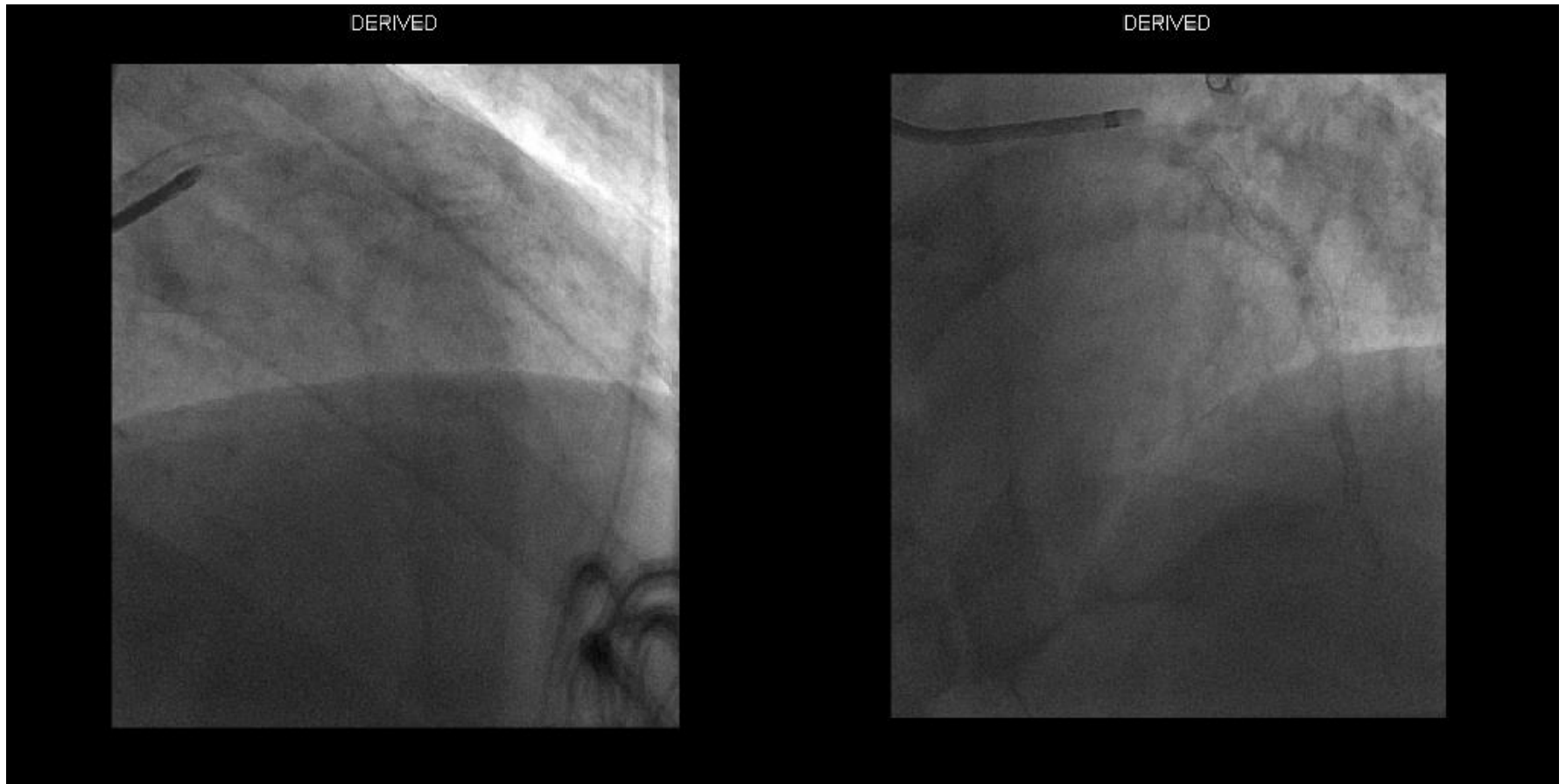


# Angioplastie IVA





# Angioplastie IVA



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

# Évolution post revascularisation

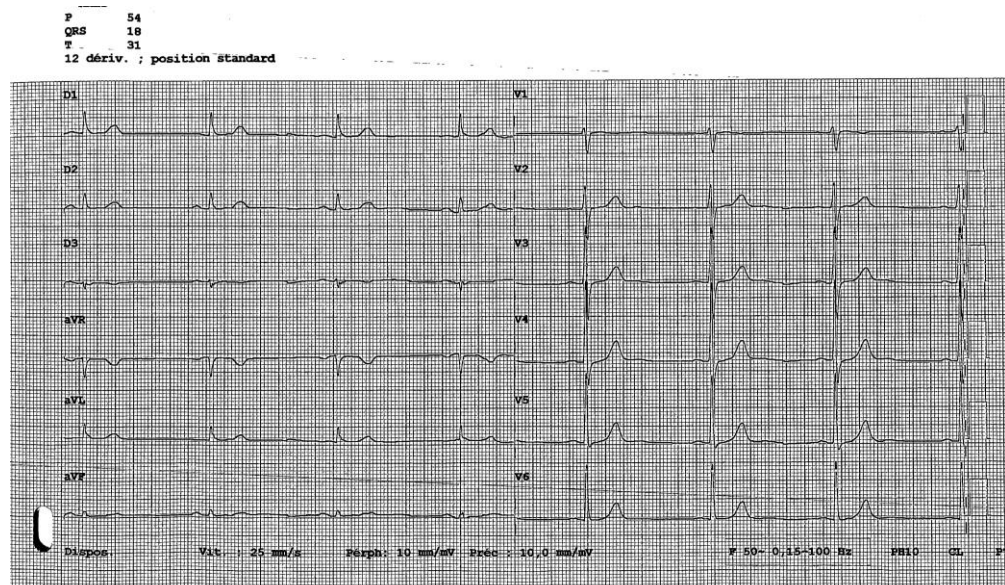
- Hospitalisation en rééducation cardiaque en juillet 2016 pour réentraînement à l'effort et titration thérapeutique
- Retour à domicile sous KARDEGIC, BRILIQUE, NEBIVOLOL, RAMIPRIL, TAHOR, NICOPATCH
- Suivi cardiologique régulier
- Réapparition d'une dyspnée d'effort en été 2017 : examens clinique, 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

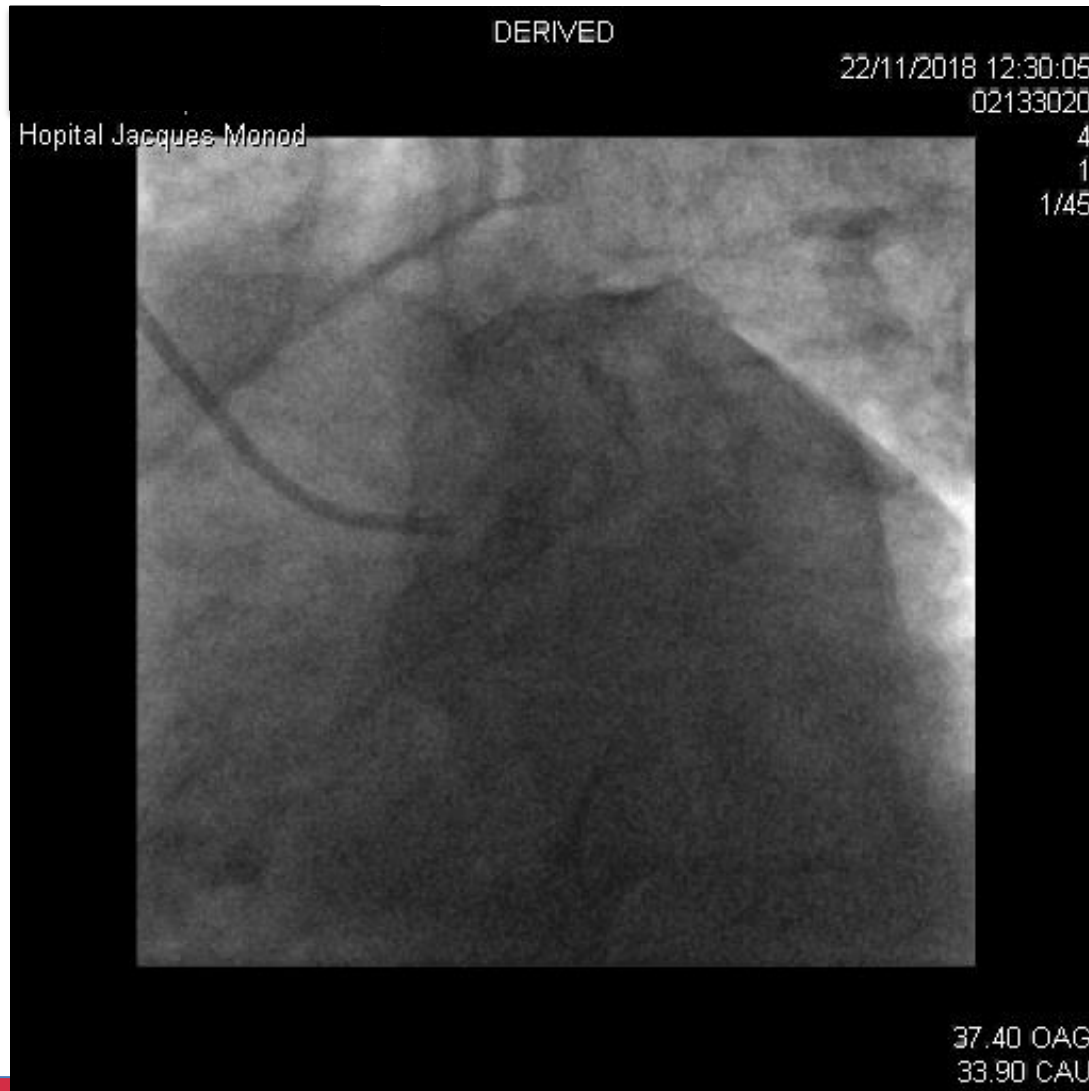
- Traitement d'un syndrome d'apnées du sommeil et traitement d'une bulbite aiguë entre 2017 et 2018
  - Nouvelle plainte de dyspnée d'effort en automne 2018
  - Épreuve d'effort novembre 2018 : démaquillée, négative cliniquement mais positive électriquement à 88% de la FMT, à 180W.
- Contrôle de la coronarographie

# 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  
1  
1/55

14.60 OAD  
24.90 CAU

DERIVED

22/11/2018 12:30:05  
02133020

Hopital Jacques Monod



Hopital Jacques Monod  
2  
1  
1/69

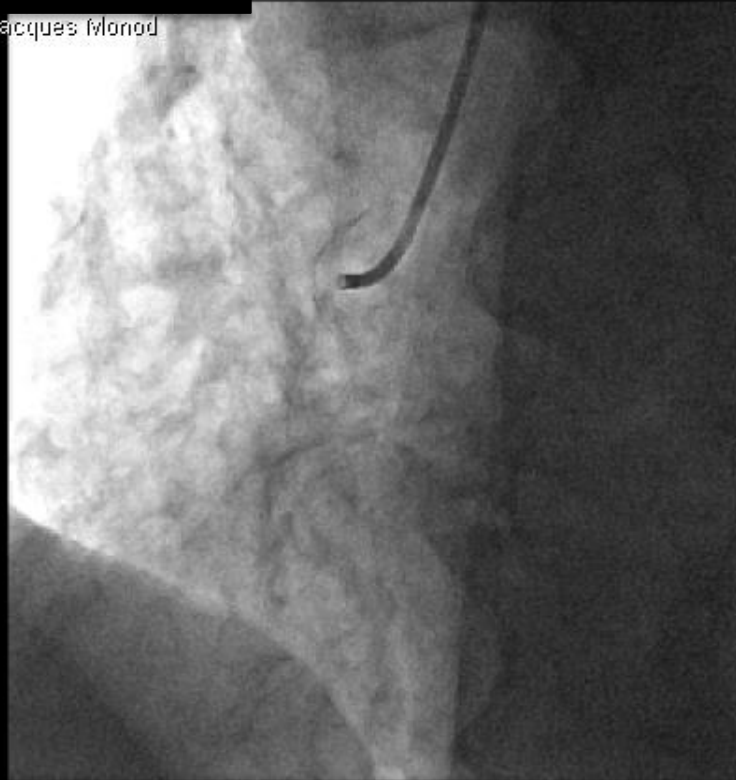
20.10 OAD  
20.20 CRA

# 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  
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

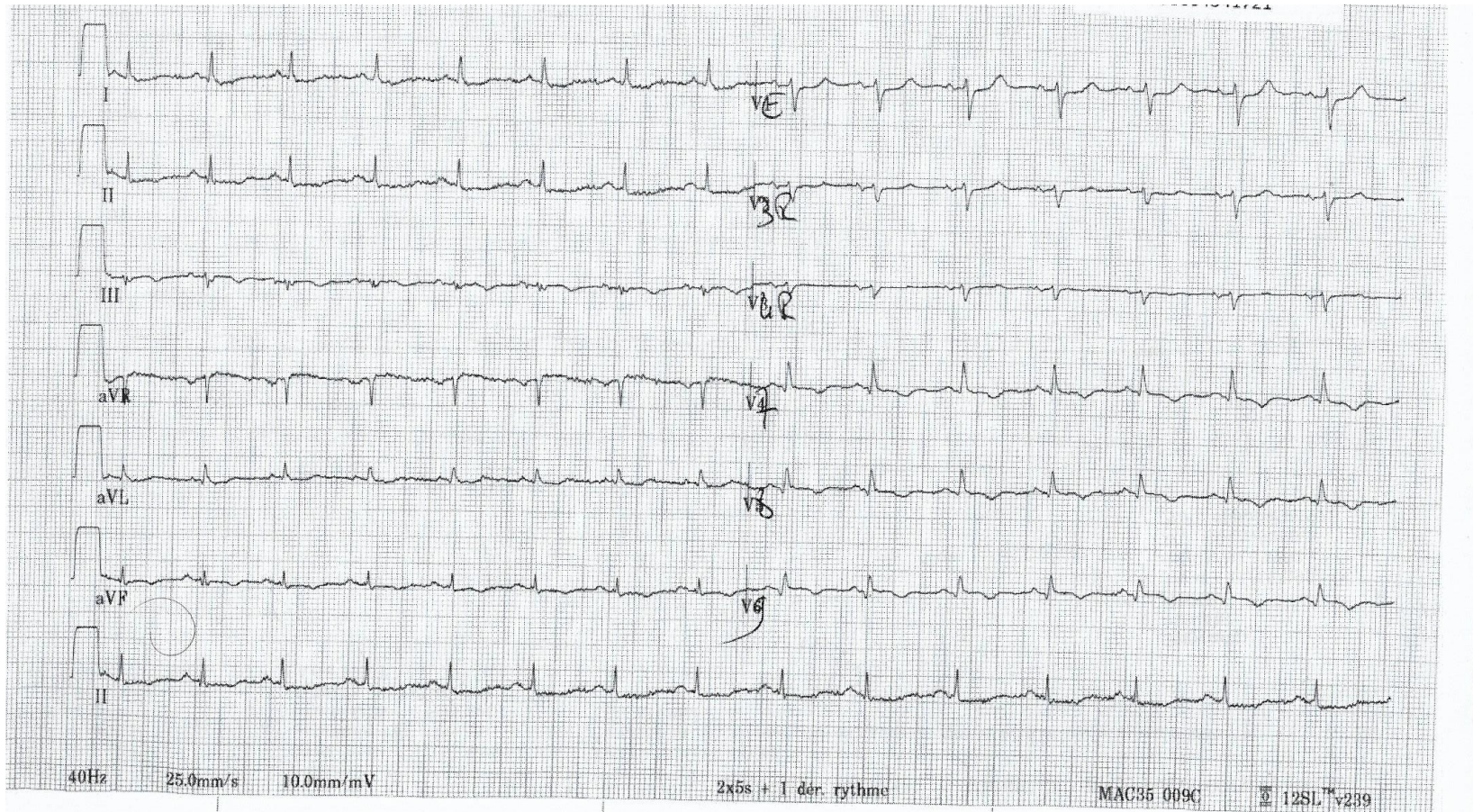
**Suite au prochain épisode ...**



# 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



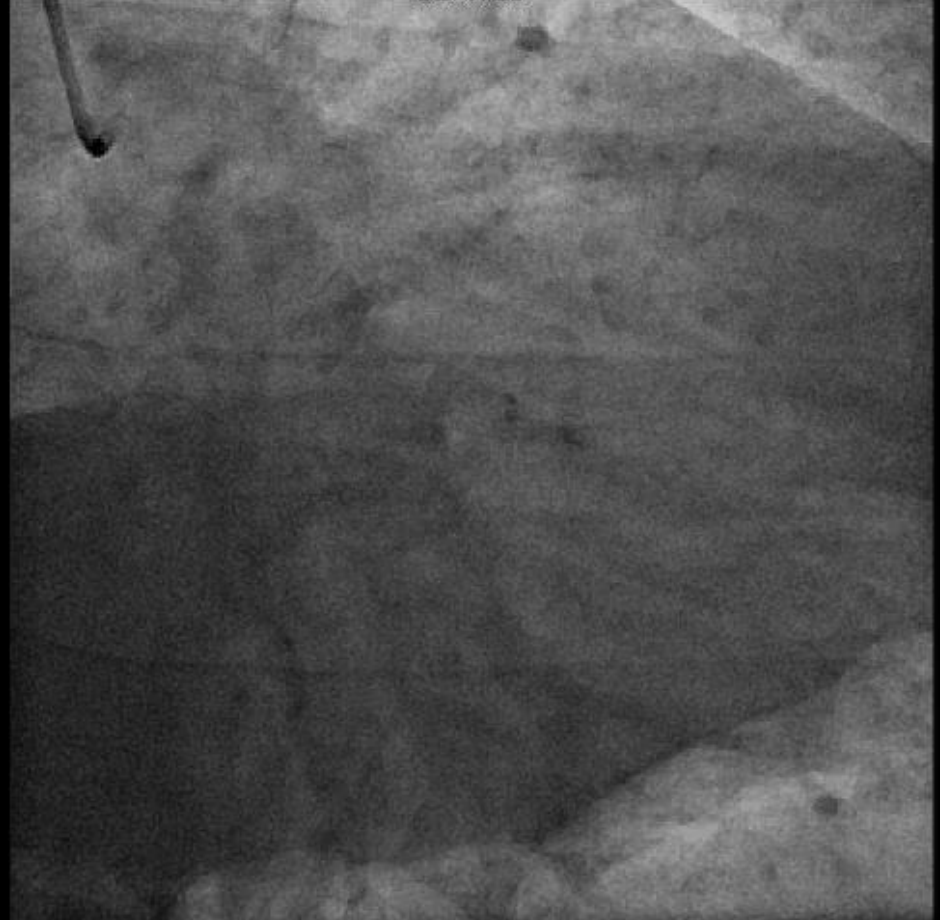
- ECG : sus ST postérieur avec miroir en antérieur étendu, début ondes Q postérieures
- ETT flash : hypokinésie inférolatérale, FEVG estimée 60%
- Douleurs persistantes -> Transfert en urgence en salle de cathétérisme cardiaque
- Patient ayant reçu avant transfert : ASPEGIC 250mg, BRILIQUE 180mg, LOVENOX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

# CORONAROGRAPHIE

DERIVED

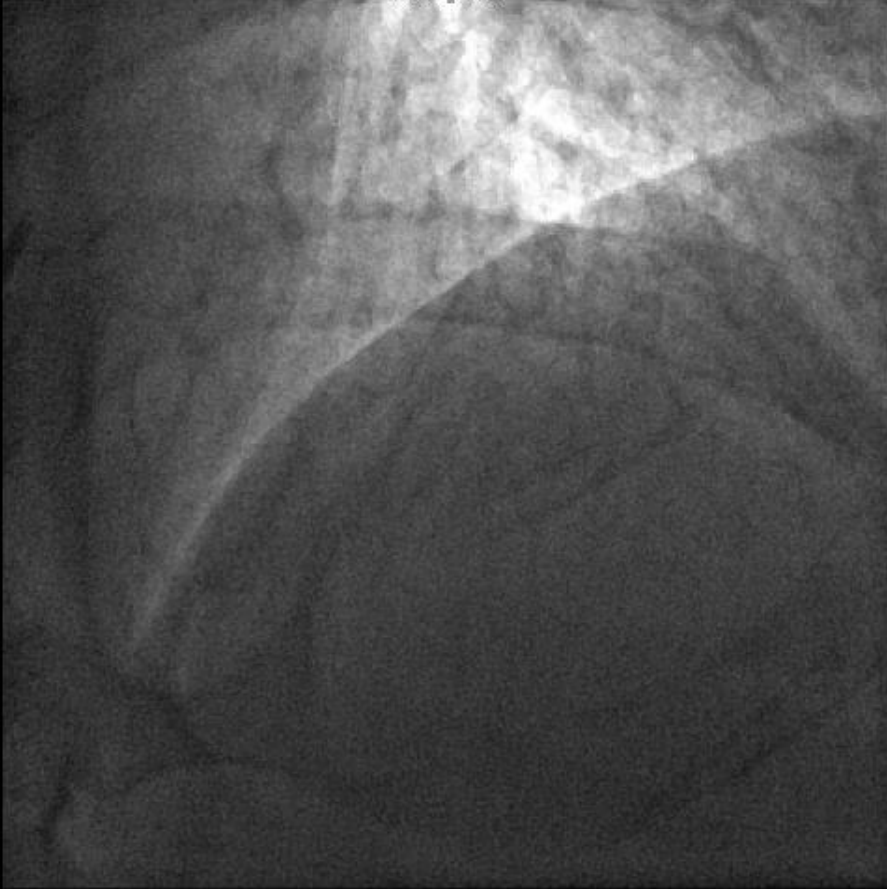


DERIVED

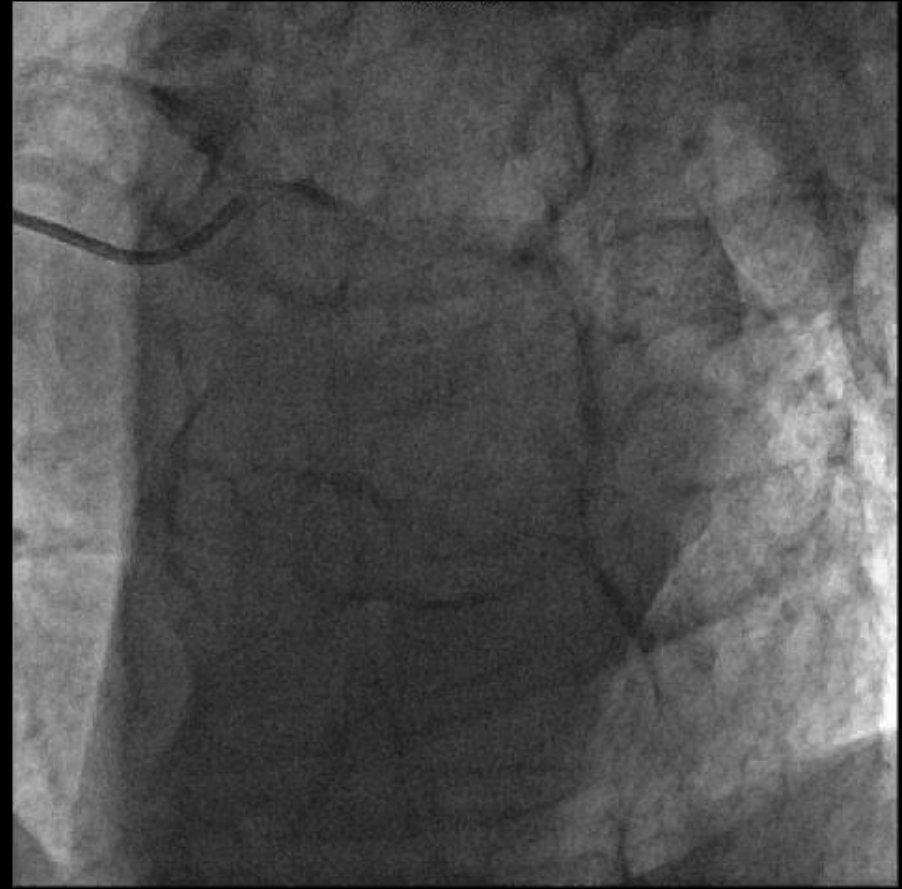


# CORONAROGRAPHIE

DERIVED

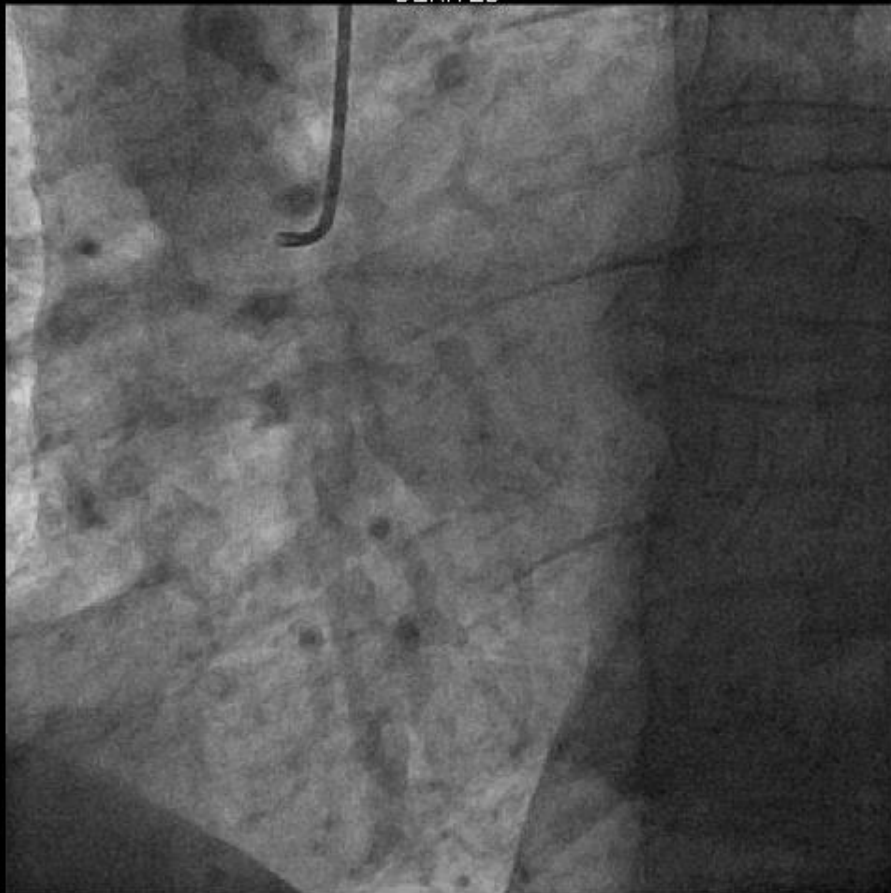


DERIVED



# CORONAROGRAPHIE

DERIVED



DERIVED

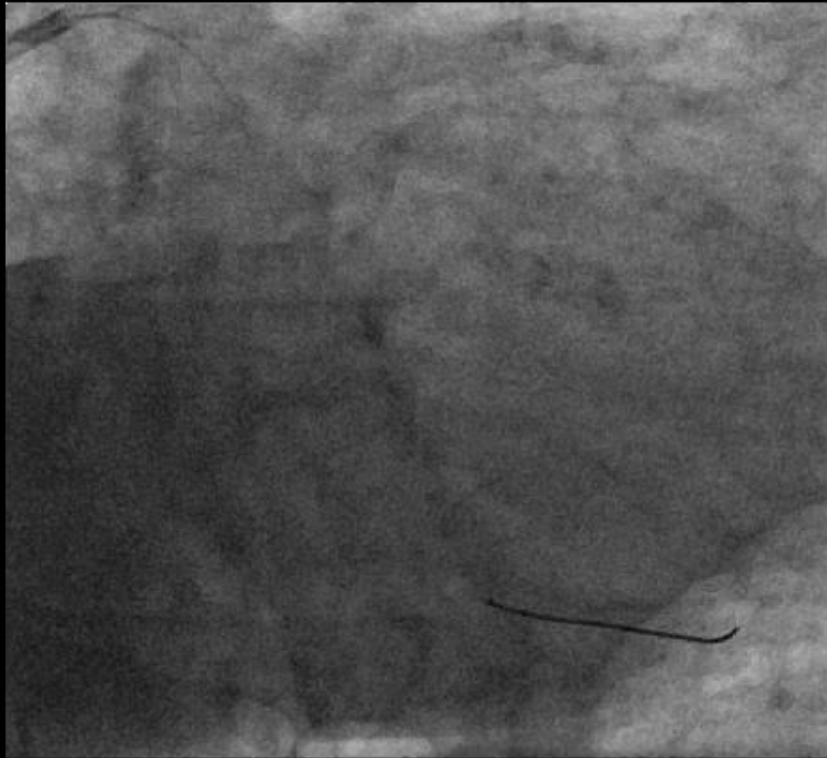


# CORONAROGRAPHIE

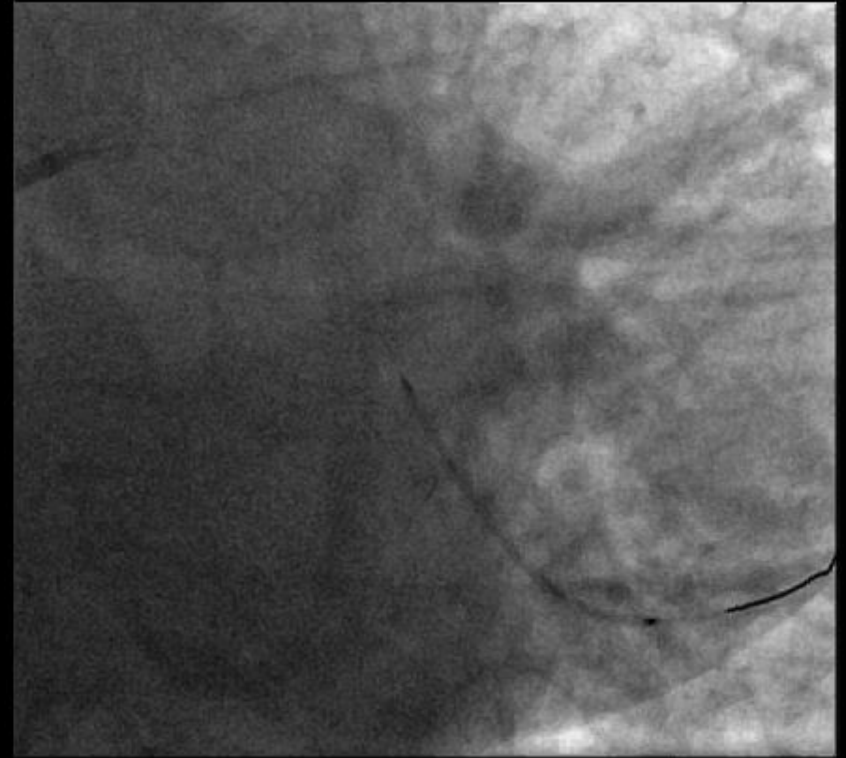
- Patient tritronculaire de 66 ans, avec sténose sub-occlusive de la Cx moyenne, lésion intermédiaire longue de l'IVA moyenne, lésion intermédiaire courte de la CD moyenne et lésion serrée de l'IVP de petit calibre
- Douleur persistante
- Sus ST postérieur sur l'ECG initial
- Revascularisation en urgence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

# Angioplastie Cx moyenne

DERIVED



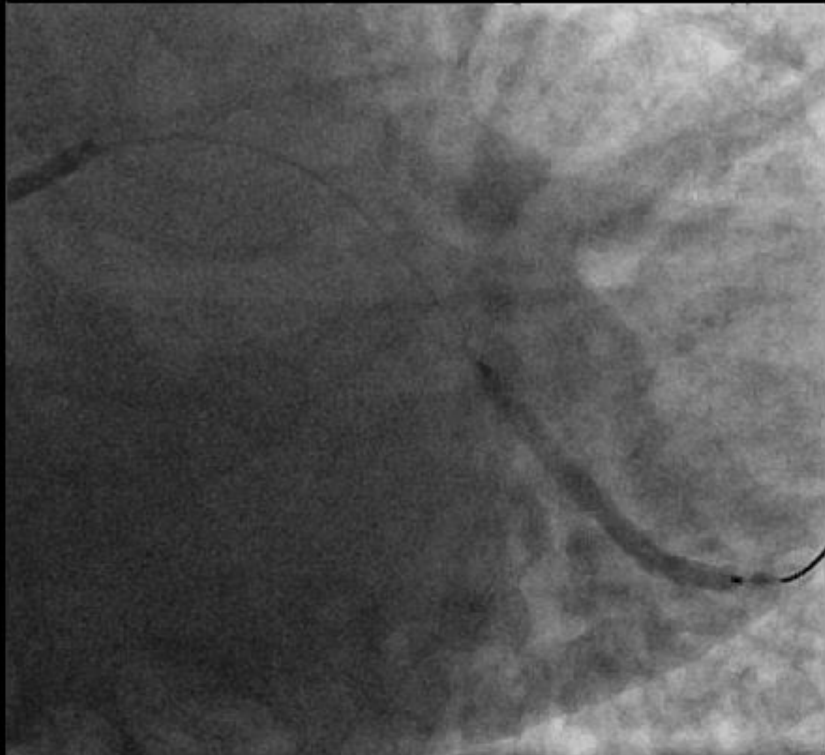
DERIVED



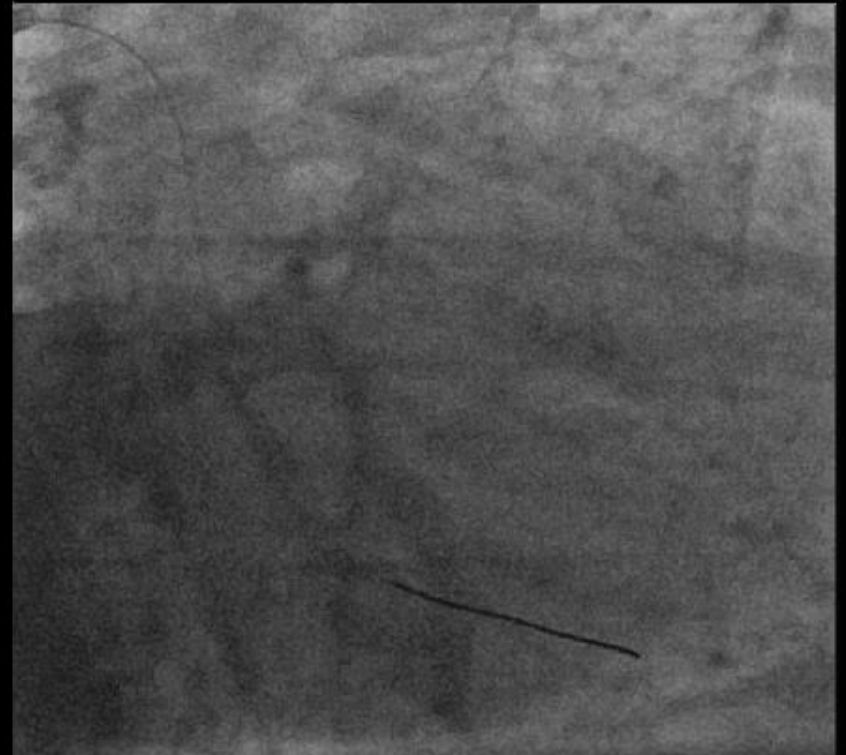


# Angioplastie Cx moyenne

DERIVED

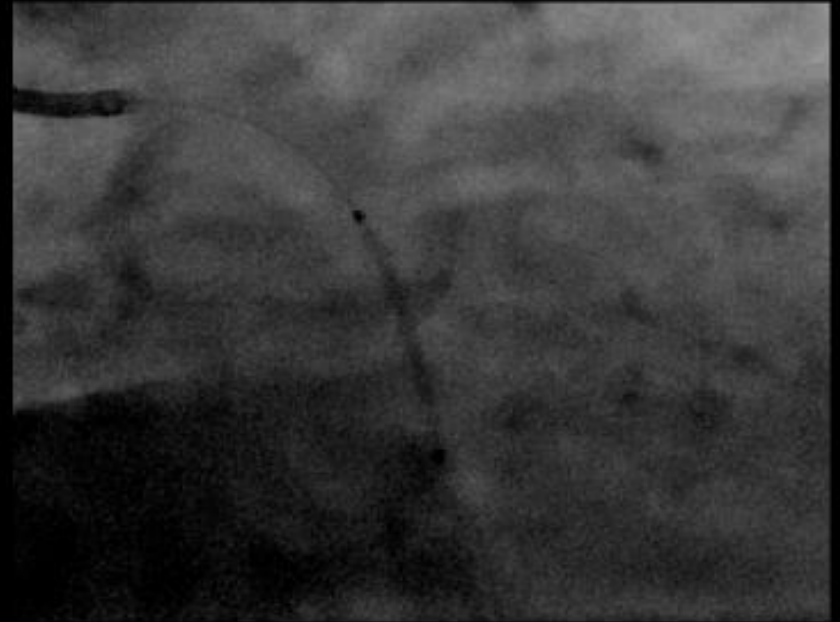
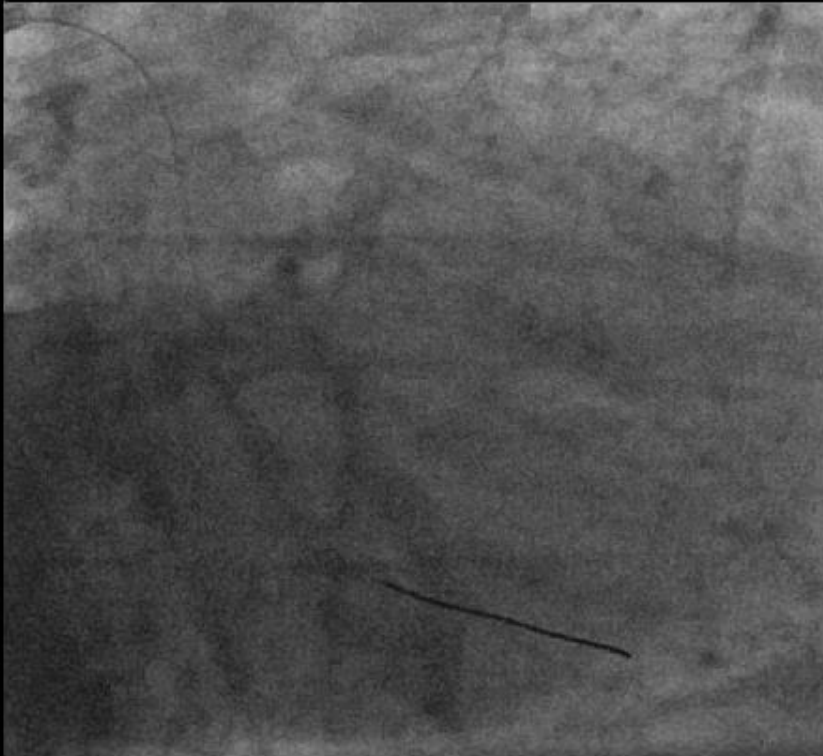


DERIVED

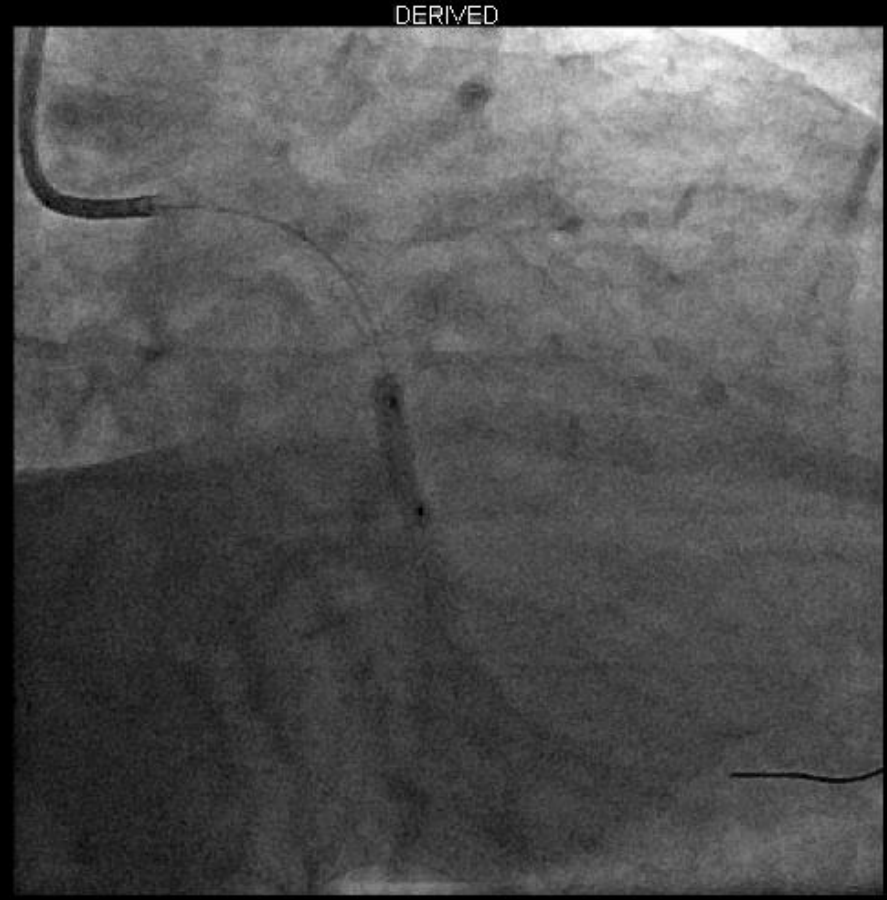


# Angioplastie Cx moyenne

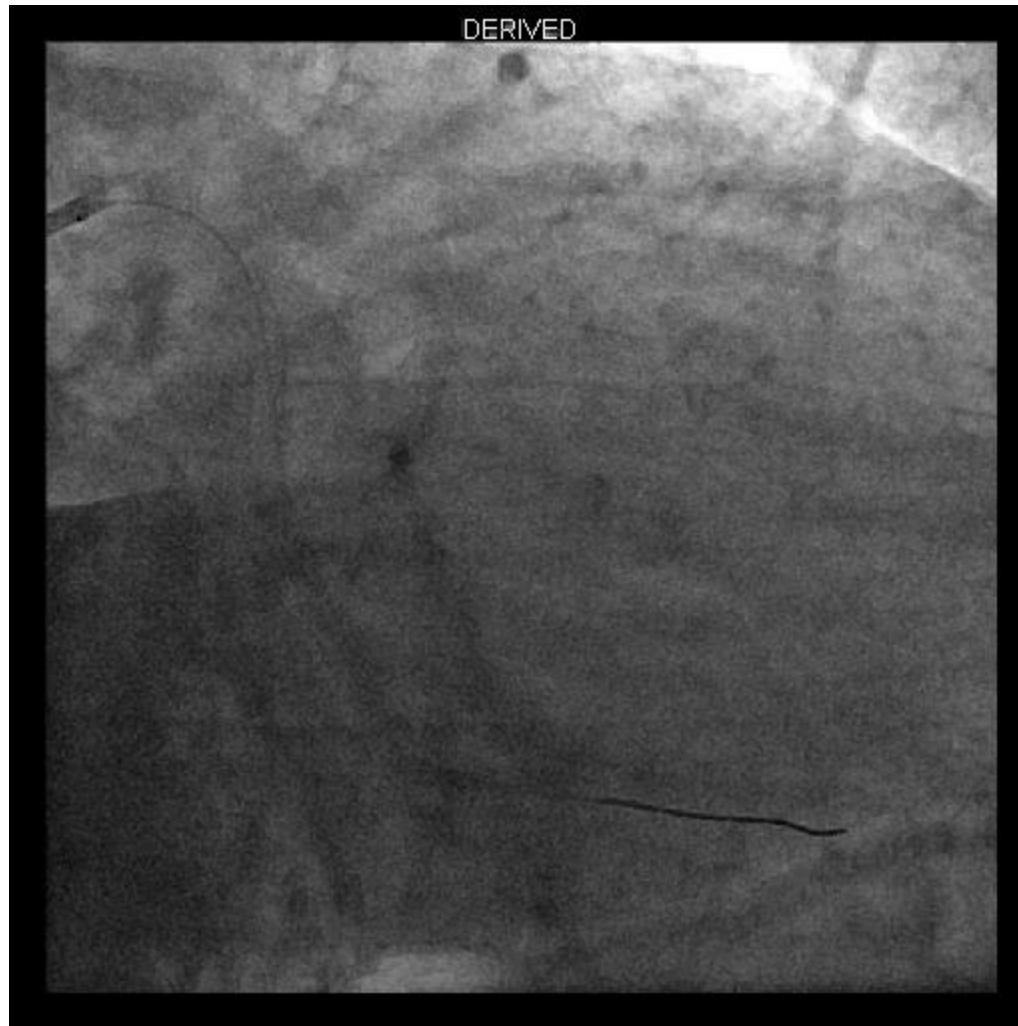
DERIVED



# Angioplastie Cx moyenne



# Angioplastie Cx moyenne

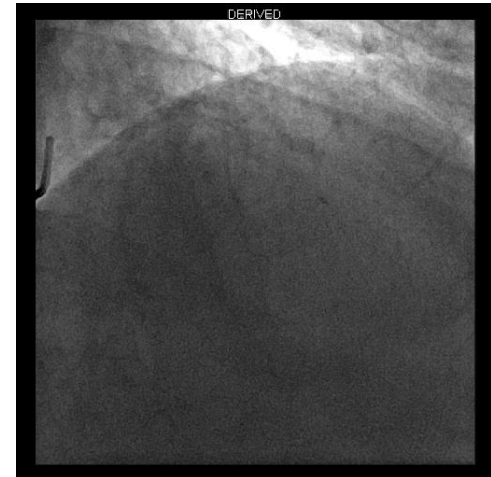


# Évolution dans le service

- 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

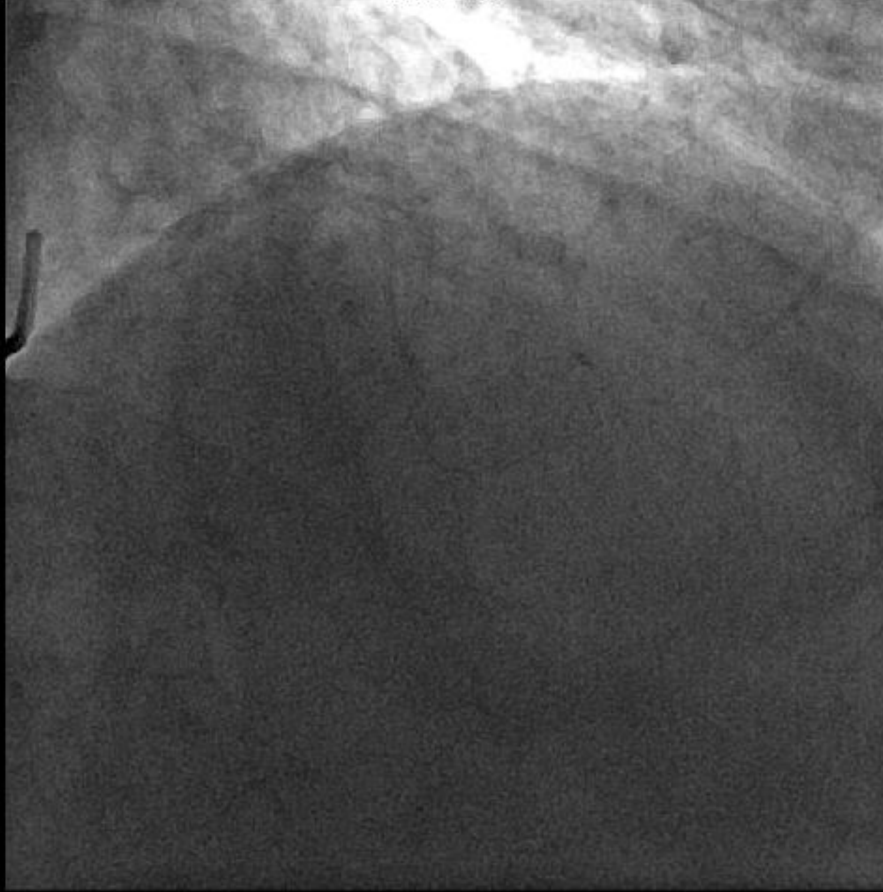
# Que faire des autres lésions ?

- 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



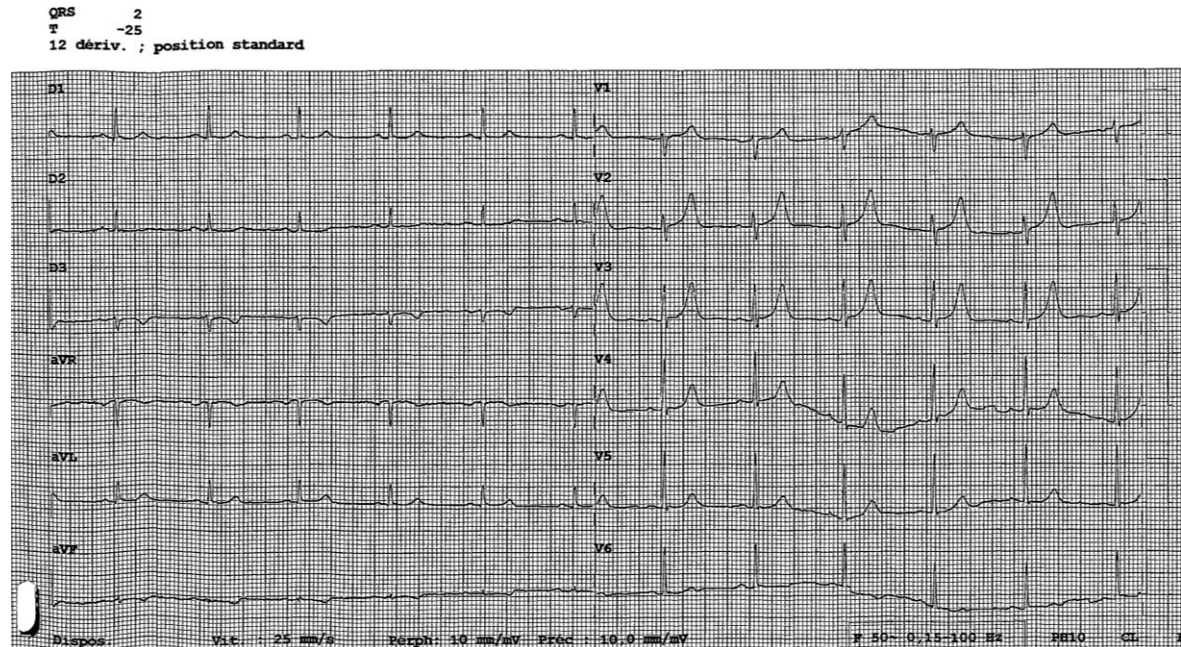
# Stratégie retenue

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

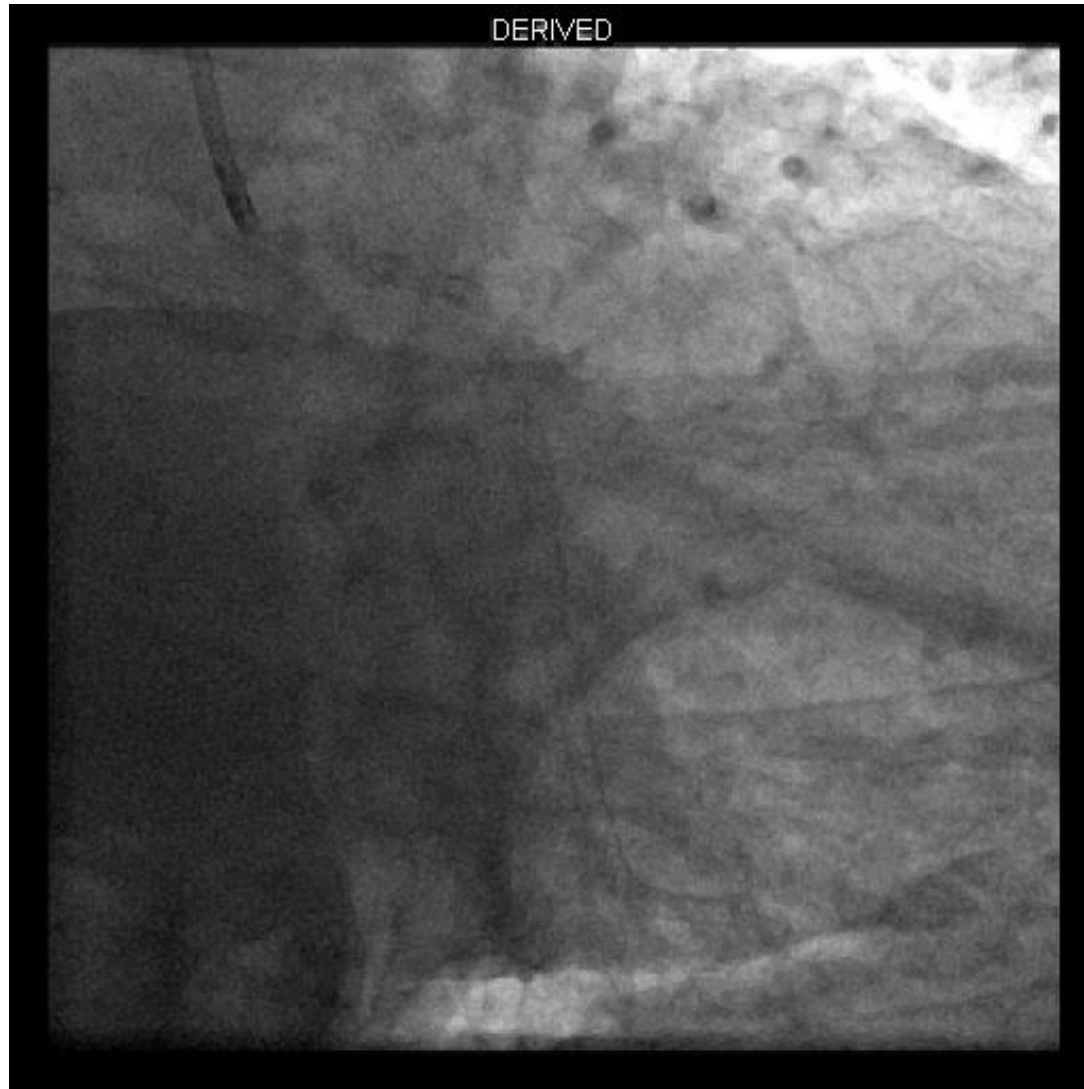


# Hospitalisation programmée

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



# RESULTAT Cx

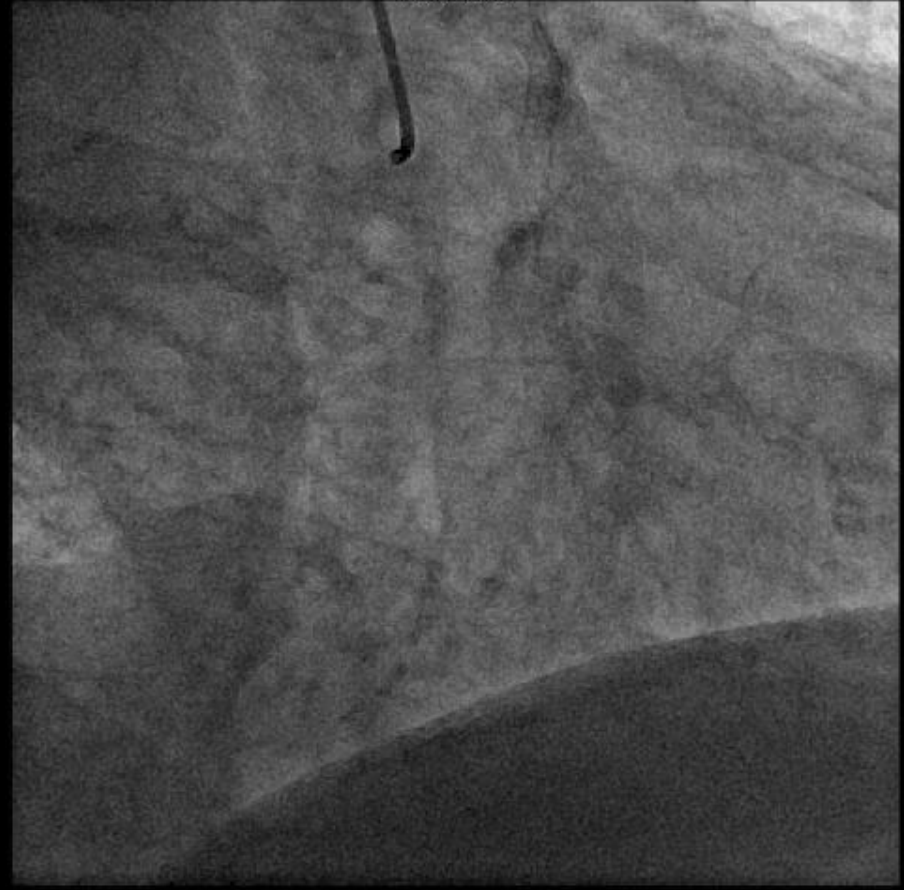


# CORONAROGRAPHIE

DERIVED

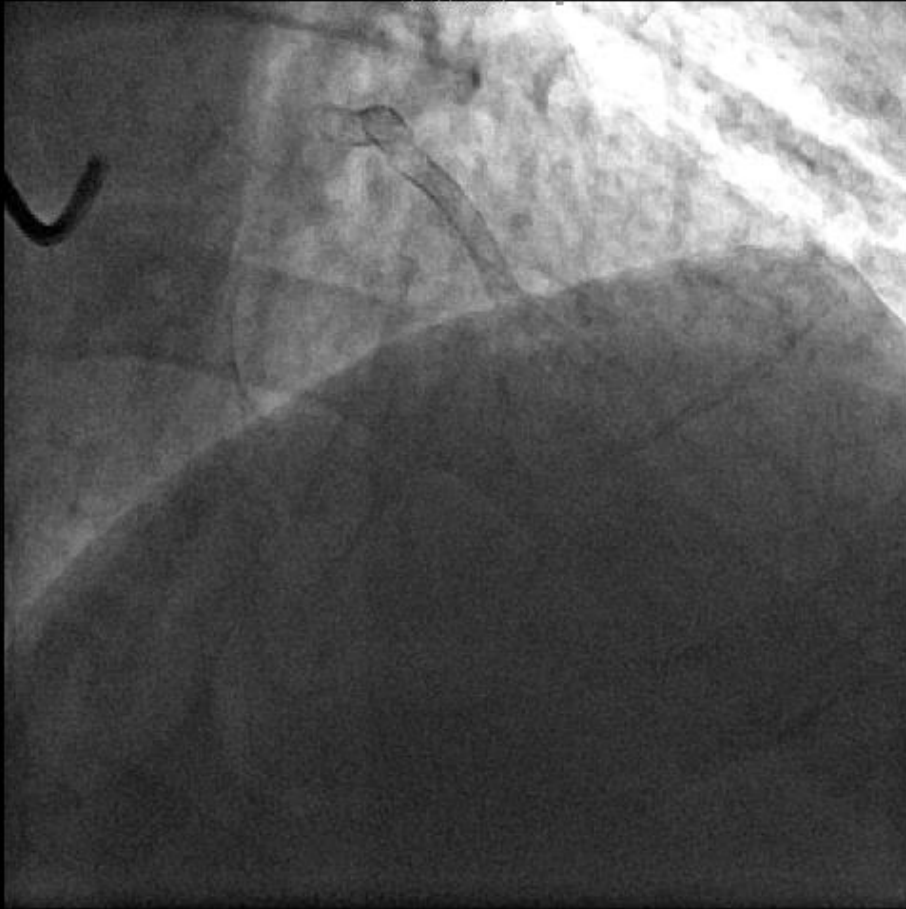


DERIVED

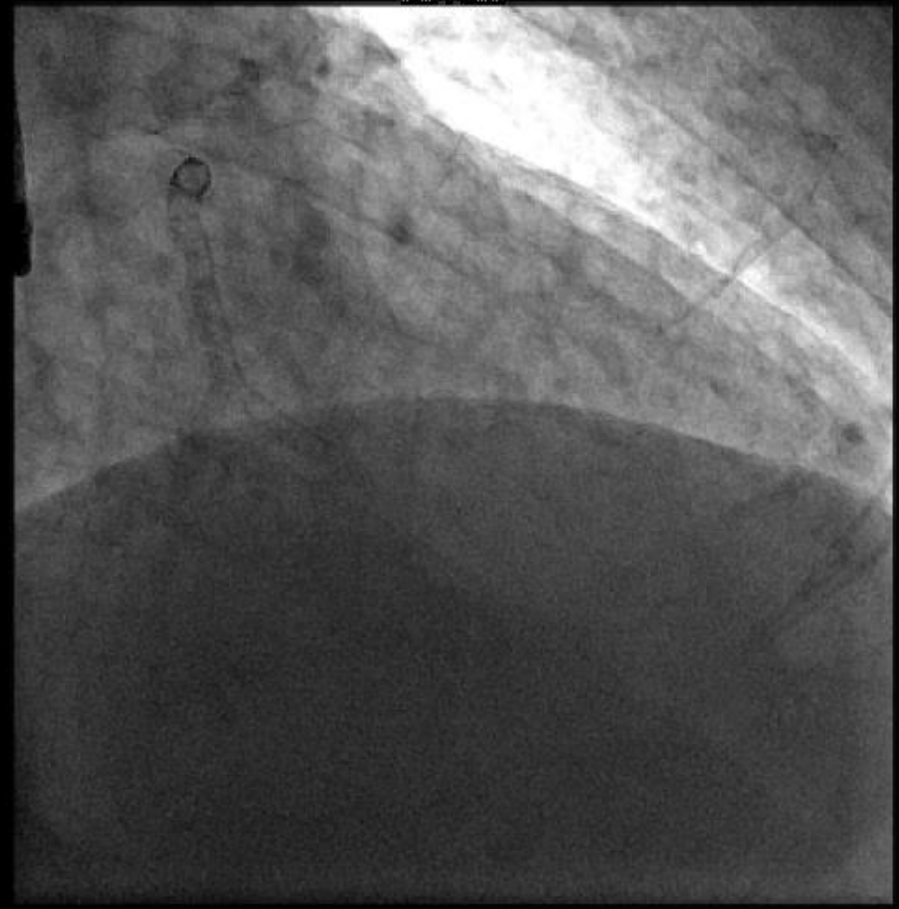


# CORONAROGRAPHIE

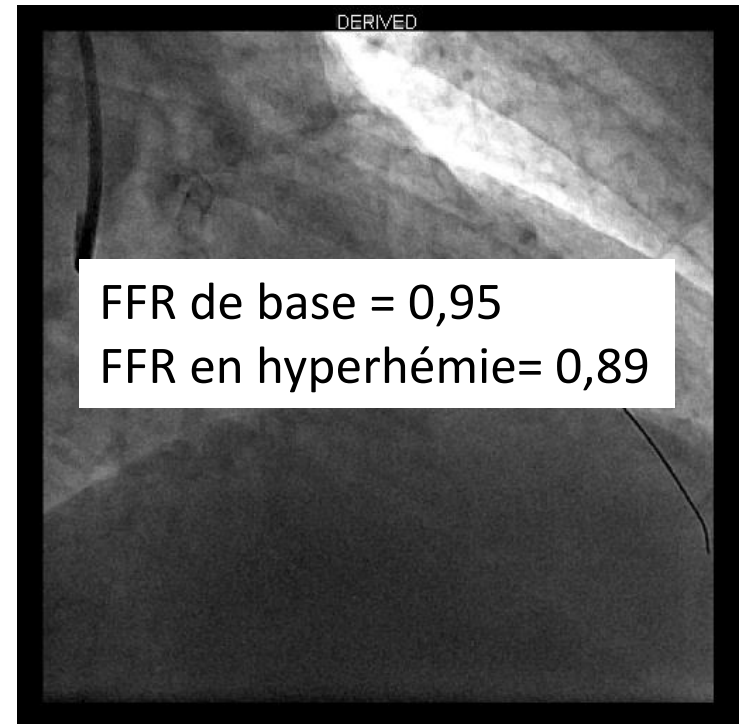
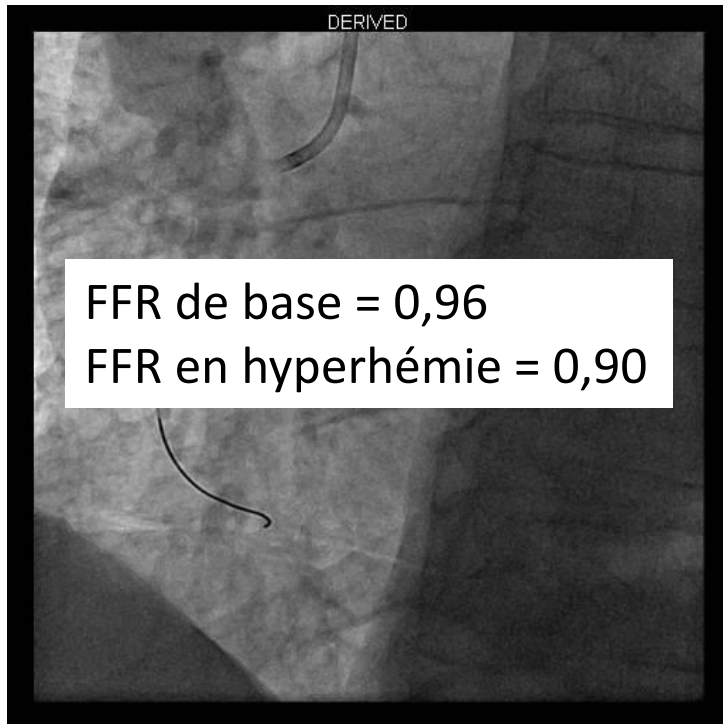
DERIVED



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



**GRCI** France 2018