

Les anévrismes coronaires

Xavier HALNA du FRETAY

Unité Cardiologique de la Reine Blanche, SARAN



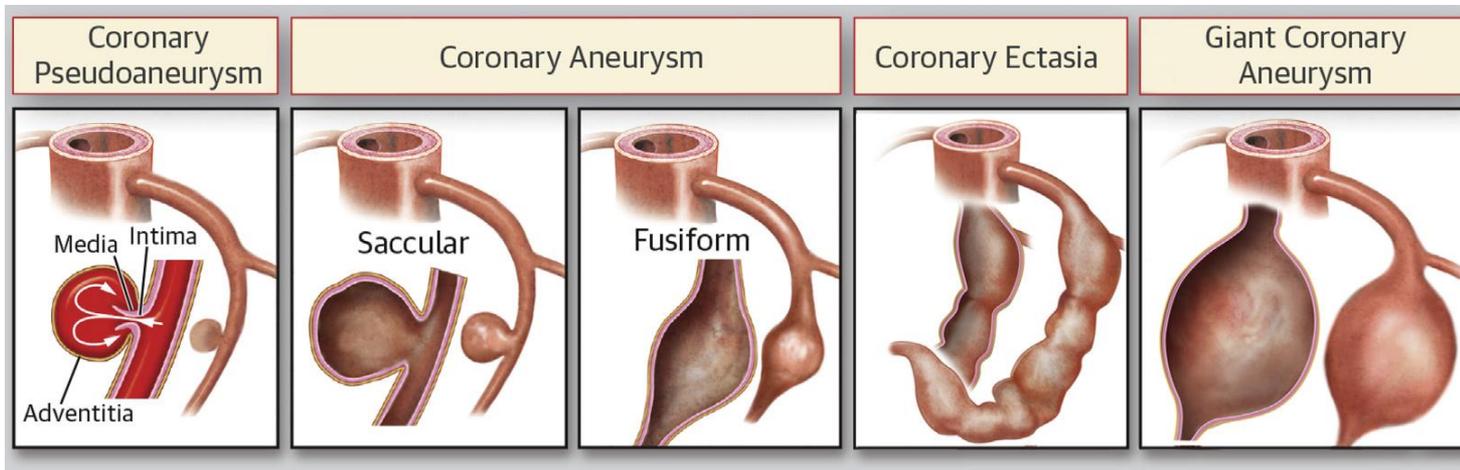
DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

**Intervenant : Halna du Fretay Xavier, SARAN,
FRANCE**

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

Définitions

- **Ectasie** : dilatation ≥ 1.5 fois le calibre artériel normal
- **Anévrisme** : dilatation localisée ≥ 1.5 fois le calibre artériel normal (variantes : longueur $< 1/3$ de celle de l'artère, ≥ 2 fois)
- **Faux anévrisme** : dilatation avec perte de l'intégrité de la paroi artérielle et dommage adventiciel (**limité par tissu conjonctif ou organe adjacent**)
- **Vrai anévrisme** : dilatation respectant l'architecture tissulaire en 3 couches
- **Anévrisme géant** : anévrisme ≥ 20 mm



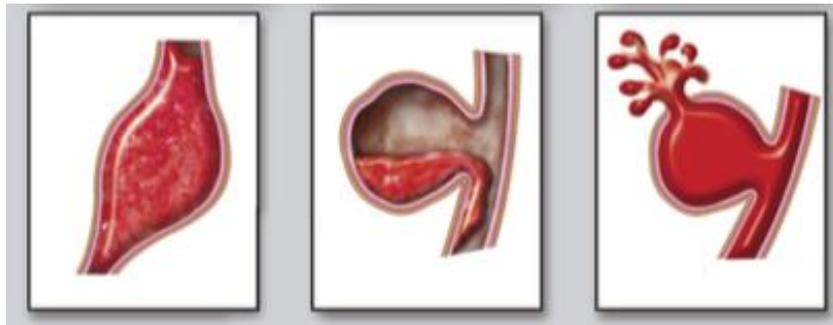
Kawsara et al.
JACC Interv 2018

Prévalence et étiologies

- Prévalence angiographique : 1.5 à 4 %
- Etiologies :
 - maladie athéromateuse (70-100 % chez l'adulte)
 - vascularites (Kawasaki chez l'enfant)
 - fistules coronaro-pulmonaires et camérales
 - maladies du tissu conjonctif
 - iatrogènes (angioplastie, pontages veineux, plastie chirurgicale)

Pronostic

- Swaey et al. (Registre CASS, Circulation 1983); Demopoulos (Heart 1997) : pas d'impact des anévrysmes sur le pronostic, impact de l'atteinte athéromateuse.
- Baman et al. (Am J Cardiol 2004): critère diagnostique différent (≥ 2 fois le diamètre normal) ; RR de mortalité à 1.56 sans que la taille de l'anévrysme ne soit un élément discriminant.



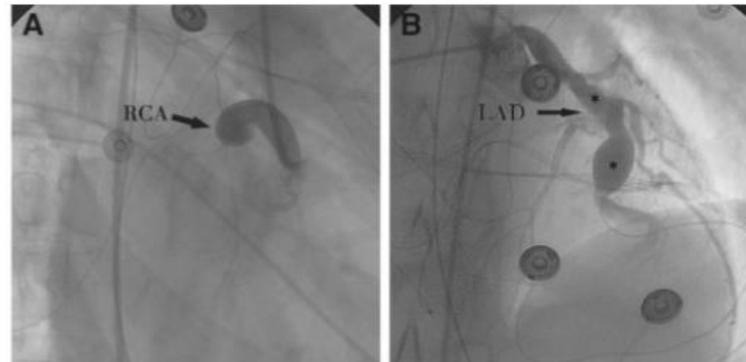
Kawsara et al.
JACC Interv 2018

Thrombose

Infarctus myocardique
en l'absence de lésion
sténosante



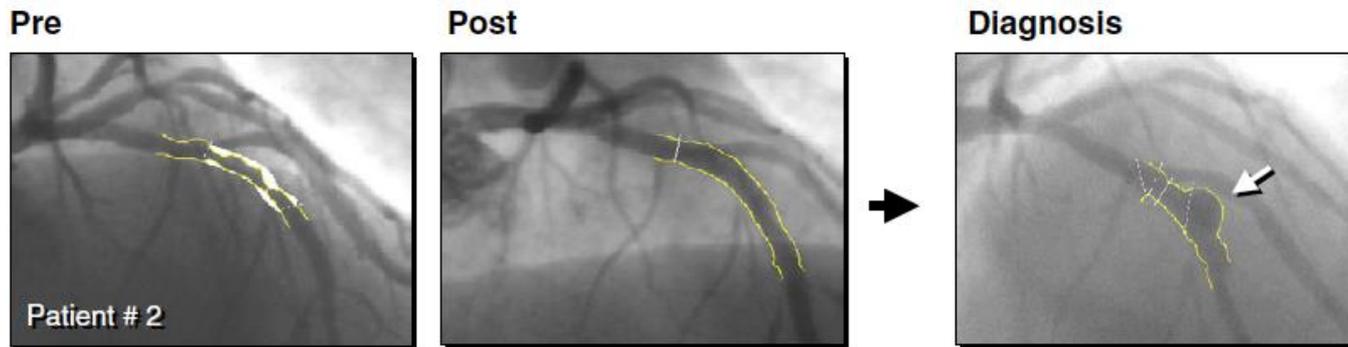
Tomioka et al.
Am J Case Rep 2016



Aviram et al.
Circulation 2004

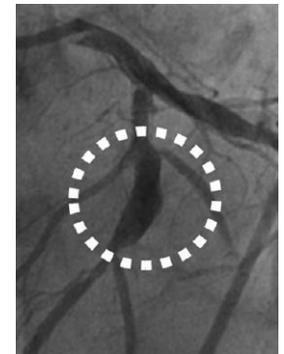
Demopoulos (Heart 1997) : dans 38 % des cas : infarctus dans le territoire de l'anévrysme en l'absence de sténose.

- Alfonso et al. (JACC 2009) : 1.25 % cas d'anévrysme après DES (n=15 patients) ; thrombose stent n=3 (2+1) ; SCA (resténose, embol) n=4.



- Ahn et al. (Am Heart J 2010) : 0.8 cas % d'anévrysme après DES (n=29 patients)

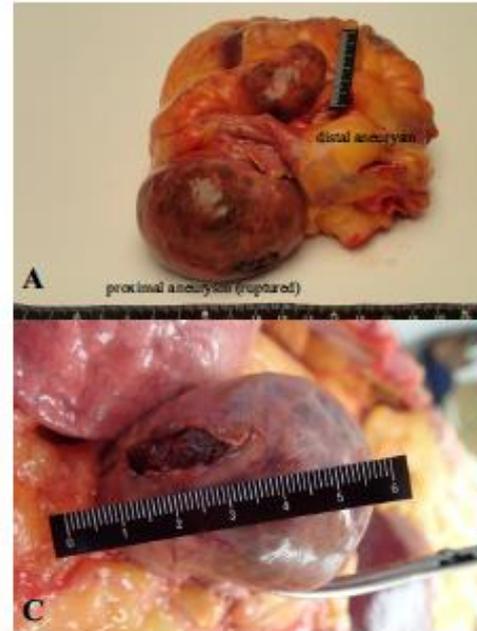
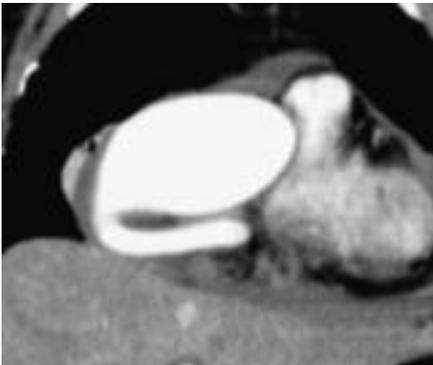
	With MACE (n = 5)	Without MACE (n = 24)	P
Clopidogrel discontinuation, n (%)*	4 (80)	0 (0)	<.001
Angiographic parameters			
Lesion length (mm)	34.6 ± 9.47	26.0 ± 9.57	.250
Reference diameter (mm)	3.01 ± 0.86	3.10 ± 0.36	.863
Diameter of CAA (mm)	6.02 ± 0.47	5.48 ± 0.32	.059



Rupture



Hiramori et al.
Journal of Cardiology Cases 2011



Kondo et al.
Legal Medicine 2015

- **Anévrysmes géants >30 mm.**
- Anévrysmes greffons saphènes en moyenne de 60 mm : rupture comme présentation clinique dans 8.1 % des cas (Ramirez et al. Circulation 2012).
- 1 cas d'anévrysmes de plus petite taille associé à une fistule coronaro-pulmonaire (15 mm) (Sakamoto et al. Gen Thor Cardiovasc Sur 2018).

Tunick et al. JACC 1990 : 20 patients ; suivi moyen de 30 mois ;
taille moyenne 8 mm (4-35) ; aucune rupture ; 12 patients pontés.

Harikrishnan et al. Indian Heart J 2000 : 22 patients ; suivi moyen 5 ans ;
aucune rupture.

No.	Age/Sex	Aneurysm Vessel	Size (mm)	Relation of Stenosis to Aneurysm	Stenosis in Other Vessels	Associated Disease	Comments
1	50 M	LAD	20	Proximal	RCA	CAD	Muscle bridge distal to aneurysm, had CABG
2	56 M	LMCA RCA	45 7	Proximal Distal	LCx	CAD	Had CABG
3	50 M	RCA	16	Proximal	LAD	CAD	Had CABG
4	4 F	RCA	55	Nil	Nil	Nil	Aneurysmorrhaphy done Aetiology (?)
5	54 M	RCA LAD	7 25	Proximal Distal	Ramus	CAD	Had CABG
6	61 M	LCx	8	Distal	LAD	CAD	Ectatic coronaries On medical follow-up
7	48 M	LAD	6	Nil	Nil	Nil	On medical follow-up
8	55 M	LAD	11	Proximal	LCx, RCA	CAD	Muscle bridge distal to aneurysm Had CABG
9	62 M	Lx LCx	7 8	Proximal+distal Proximal+distal	LAD, RCA	CAD	Had CABG
10	45 M	LAD	8	Proximal	LCx	CAD	Had CABG
11	55 M	LAD	10	Proximal	Nil	CAD	On medical follow-up
12	49 M	LAD	10	Proximal	RCA	CAD	RCA stenosis On follow-up
13	49 F	OM	5	Proximal	LAD	CAD	Had CABG
14	54 M	Septal	6	Proximal	RCA	CAD	Poorly graftable vessels
15	65 M	LAD	10	Distal+proximal	LMCA	CAD	Had CABG
16	45 M	LAD	6	Proximal	RCA	CAD	On medical follow-up
17	61 M	LAD	10	Distal	LCx, RCA	CAD	Had CABG
18	60 M	LAD	9	Proximal	LCx	CAD	Had CABG
19	53 M	RCA	7.5	Proximal	LAD, LCx	CAD	Had CABG
20	45 M	LMCA	11	Proximal	LAD, LCx	CAD	Had CABG
21	36 M	LAD	9	Distal	Nil	CAD	Had CABG
22	46 M	LMCA	11	Proximal	LCx, RCA	CAD	Had CABG

Un challenge thérapeutique

Ectasies coronaires et thrombus

Coronary ectasias and thrombosis

M.A. Bouzid^{a,b}, H. Benamer^{a,b,c}, X. Halna du Fretay^{a,*,d,e}

Ann Cardiol Angeiol 2017

^a Hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

^b Hôpital européen de Paris-la-Rosaie, 120, avenue de la République, 93300 Aubervilliers, France

^c Institut cardiovasculaire Paris-Sud, 6, avenue du Noyer-Lambert, 91300 Massy, France

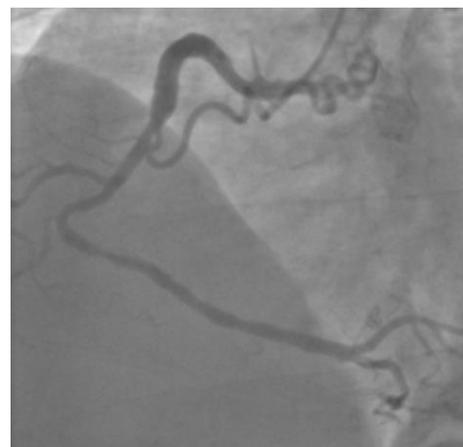
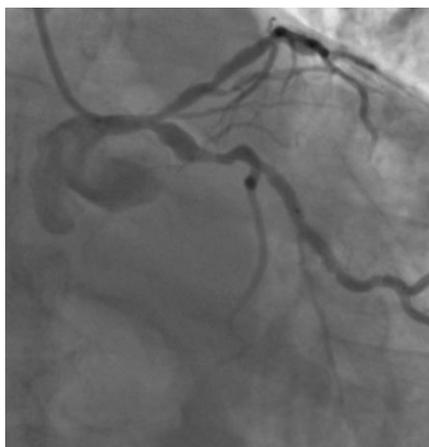
^d Centre hospitalier universitaire Bichat-Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

^e Unité cardiologique de la Reine-Blanche, 555, avenue Jacqueline-Auriol, 45770 Saran, France

Traitement dans la population ayant un syndrome coronarien aigu.

Traitement retenu	Nombre de patients
Médical seul	5
ATC	10
PAC	2

Angor stable : 4 ATC et 1 PAC / 18 patients



Conclusion

- Anomalies rares
- Evolution mal connue
- Risques :
 - thrombose tardive de stent ou d'aval
 - rupture exceptionnelle et rapportée en cas anévrysme géant
- Non prises en compte dans les recommandations (hors maladie de Kawasaki)
- Traitement mal codifié

CLINICAL INVESTIGATIONS

Clinical Cardiology. 2017;40:580-585.

Rationale and design of a multicenter, international and collaborative Coronary Artery Aneurysm Registry (CAAR)

NÚÑEZ GIL ET AL.

