

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

- **Erwan Bressollette, Nantes**

- Je déclare les liens d'intérêt suivants :Proctor CTO
Abbott, Biotronik, Boston

CTO : partout ? Pour tous ? Tout le temps ?

L'antérograde pour tous ! (erwan.bressollette@gmail.com)

16:05 - 16:15

Introduction

- Sélection des cas adaptés à l'antérograde
- L'antérograde « step by step » en trois étapes
- Messages à emporter

Sélection des cas



J-CTO SCORE SHEET

Variables and definitions

| Tapered | Blunt |
|--|-------|
| | |
| Entry with any tapered tip or dimple indicating direction of true lumen is categorized as "tapered". | |

Calcification

Regardless of severity, 1 point is assigned if any evident calcification is detected within the CTO segment.

> 45degrees

One point is assigned if bending > 45 degrees is detected within the CTO segment. Any tortuosity separated from the CTO segment is excluded from this assessment.

Collateral length

Using good collateral images, try to measure "true" distance of occlusion, which tends to be shorter than the first impression.

Previous lesion

(2nd attempt) lesion 2 (previously attempted but failed)

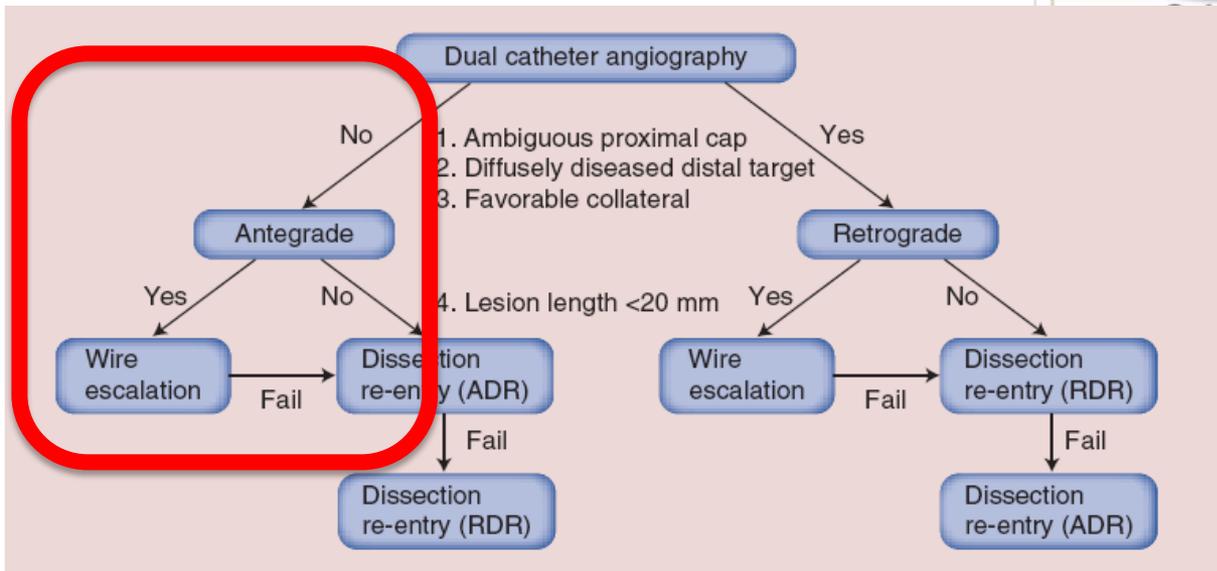


Figure 1. The hybrid algorithm for chronic total occlusion percutaneous coronary intervention. The algorithm demonstrates initial and provisional approaches to percutaneous coronary intervention based on four anatomical features: proximal cap anatomy, the distal landing zone, the presence of a favorable interventional collateral and lesion length. ADR: Antegrade dissection and re-entry; RDR: Retrograde dissection and re-entry. Adapted with permission from [15].

Selection des cas (2)

- Un moignon (tapered)
- Une longueur « raisonnable »

Mini tool box

- Un micro catheter
- Un guide par fonction
 - Ponction
 - Navigation dans les micro chenaux
 - Navigation dirigée (torque+++)
 - Navigation en glisse (polymer jacket)
- Un ballon de (très) petit diamètre (<1.25mm)

L'antérograde step by step

- Faire une double injection
- Trois étapes:
 - Pénétrer dans la CTO
 - Progresser dans la CTO
 - Sortir de la CTO en vraie lumière

Entrer dans la CTO

- Micro cath
- Escalade de guides
- Extension de KT
- Anchoring
- (Center cross)



Progresser dans la CTO

- En glisse:
 - Fielder XT (drill)
 - Pilot 200
- En navigant
 - Gaia second (lui laisser 10-15 mm de liberté)
 - Hornet 14
- Dilater au fur et à mesure si la progression est difficile
- (surtout) Pas d'injection antérograde

Sortir de la CTO

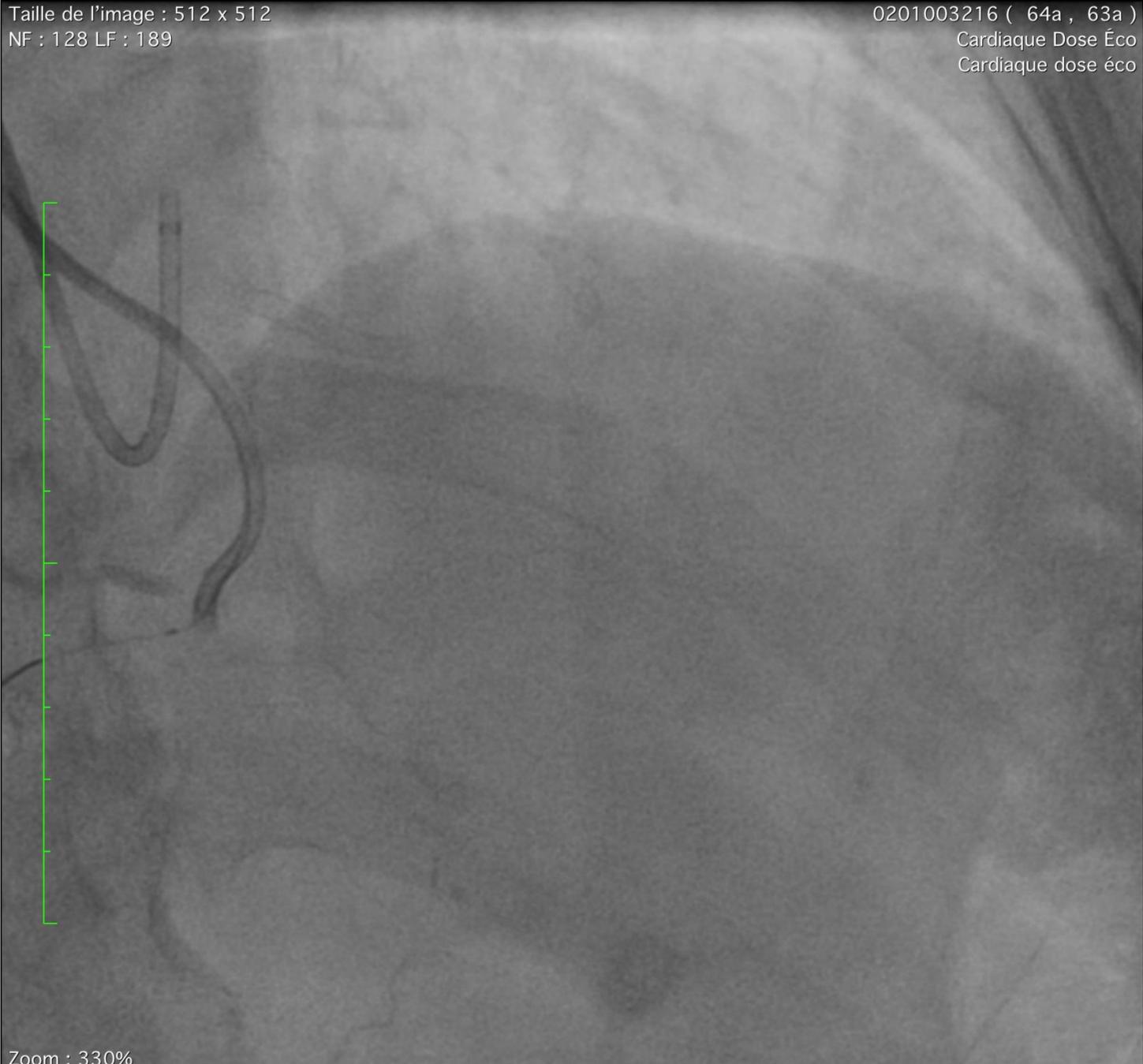
- Guidage par les injections rétrogrades
- Importance du J
- Ne pas forcer pour ne pas disséquer le lit d'aval
- Savoir repartir de plus loin
- Une fois franchie, échange sur microcath pour un guide soft

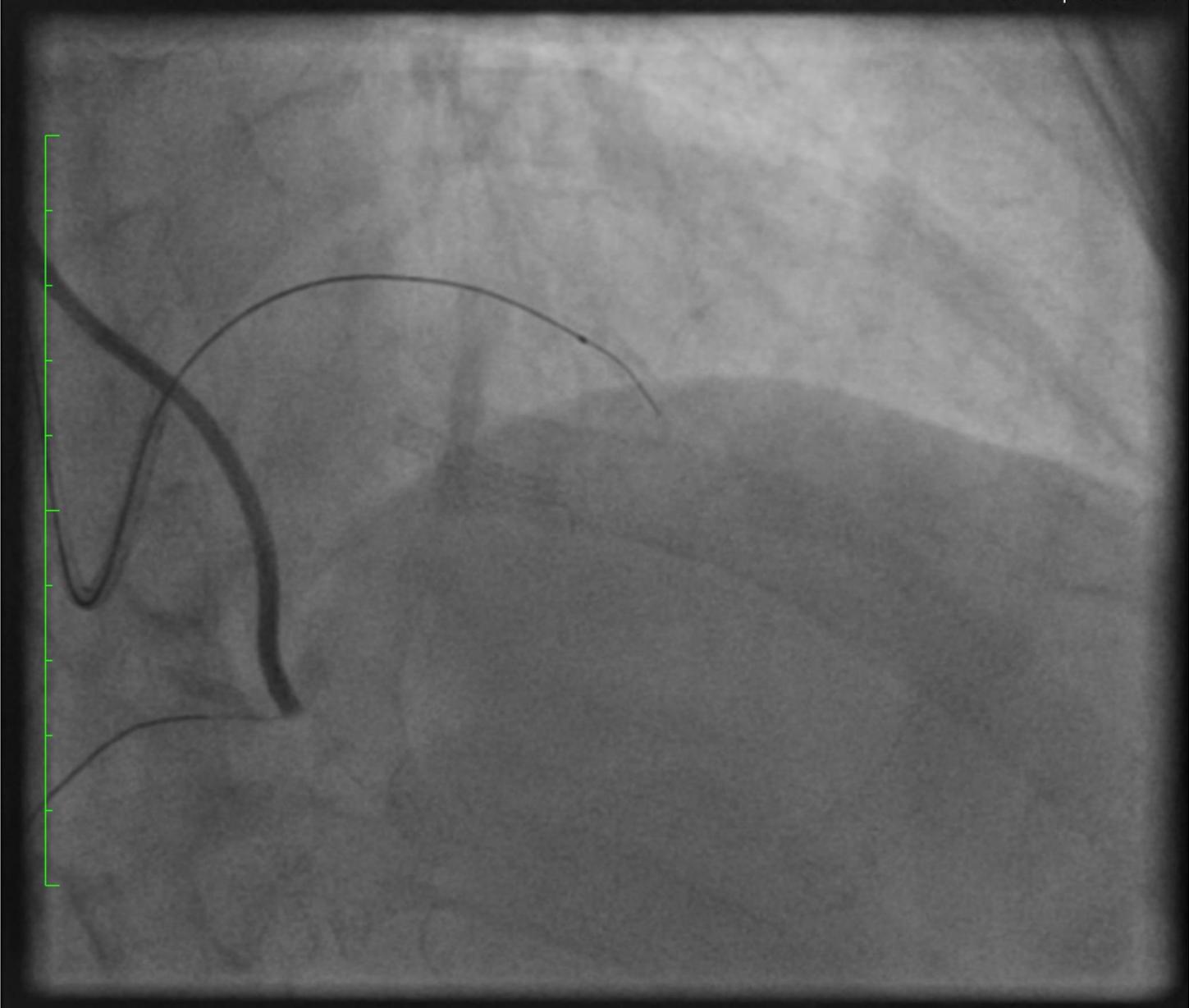
Pourquoi/Quand s'arreter?

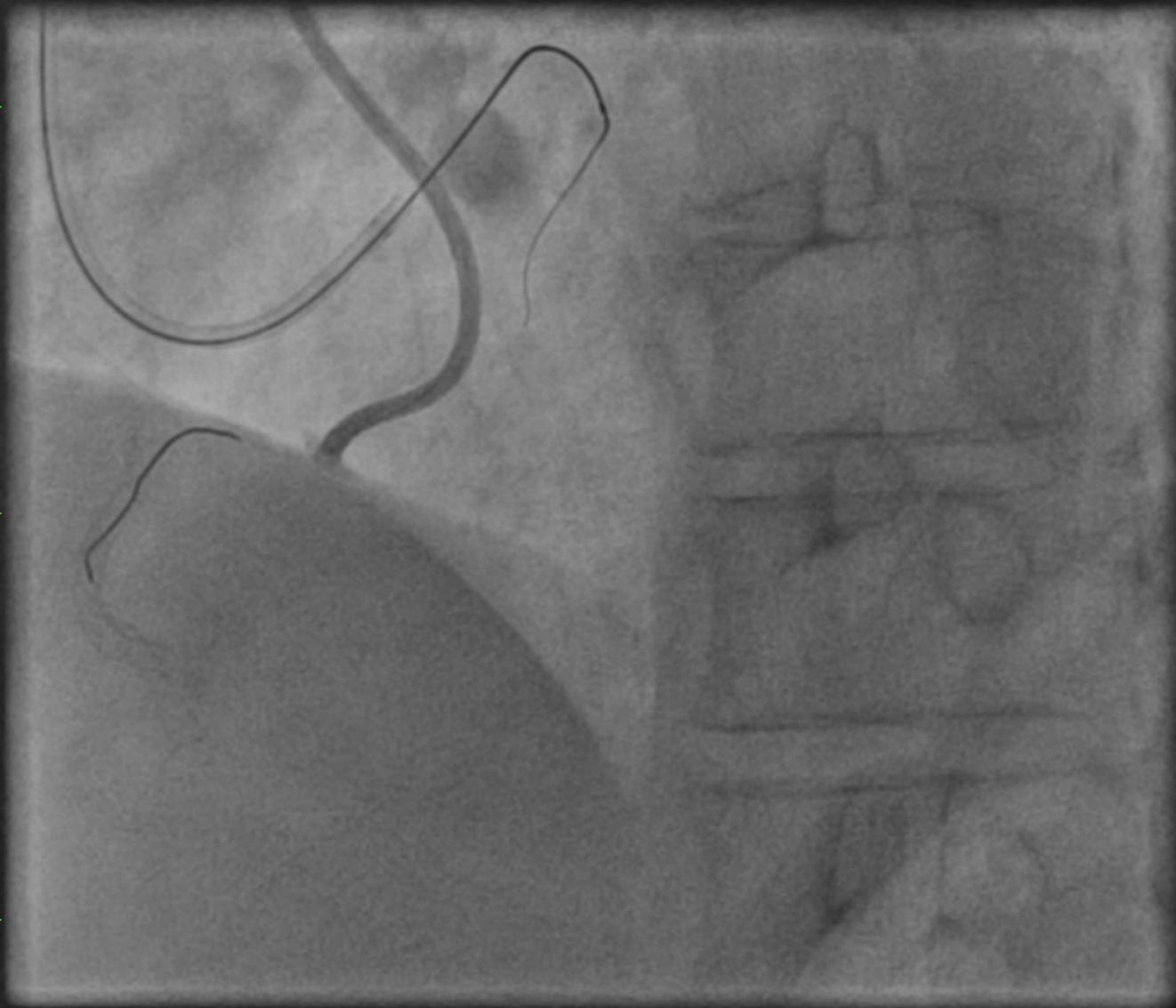
- Ne pas compromettre une deuxième tentative
 - Rétrograde
 - Dissection réentrée antérograde (stingray)
- Quand on ne peut pas pénétrer/progresser/sortir
 - Avec le guide le plus rigide
 - Malgré un support optimal

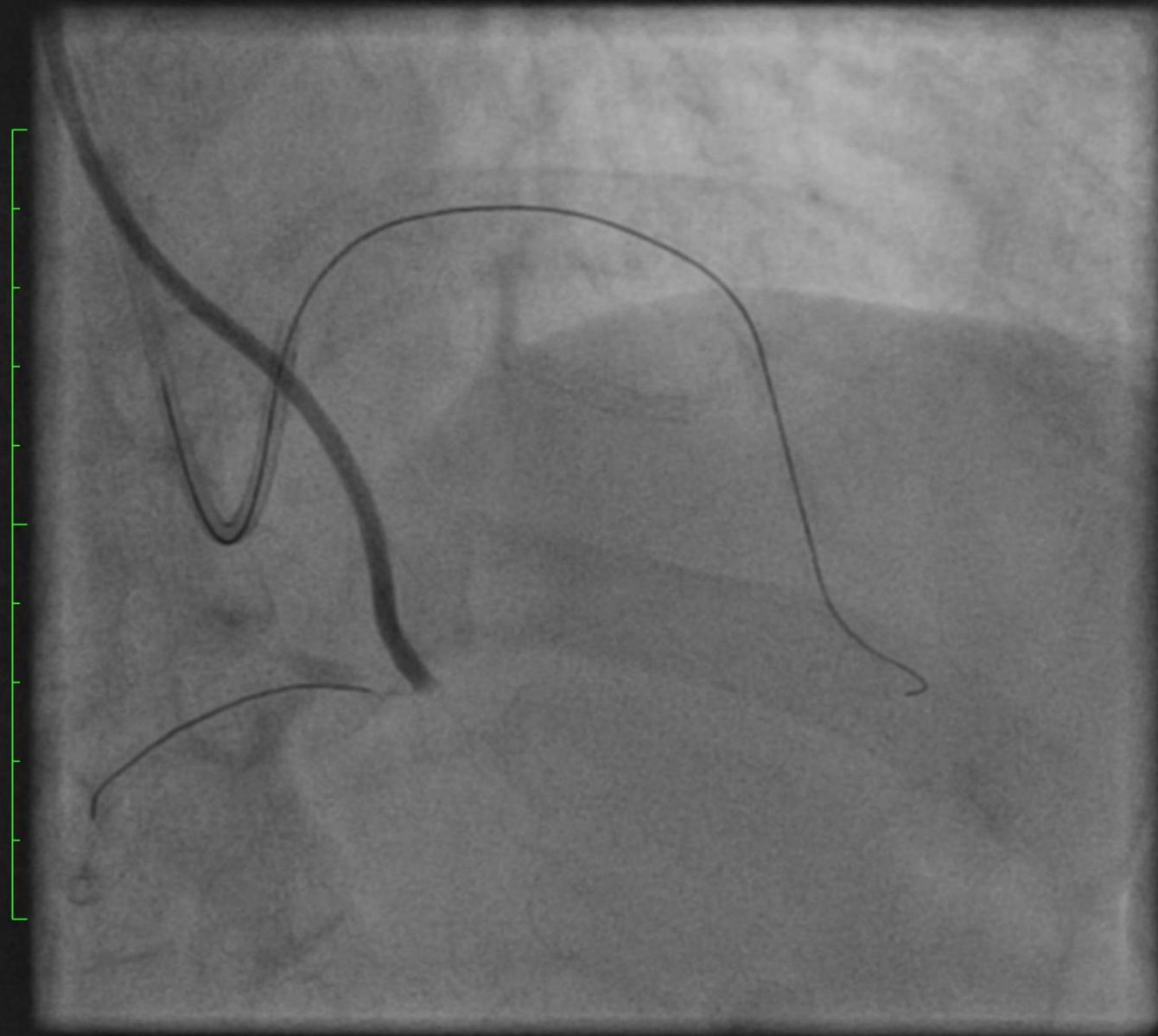
Messages à emporter

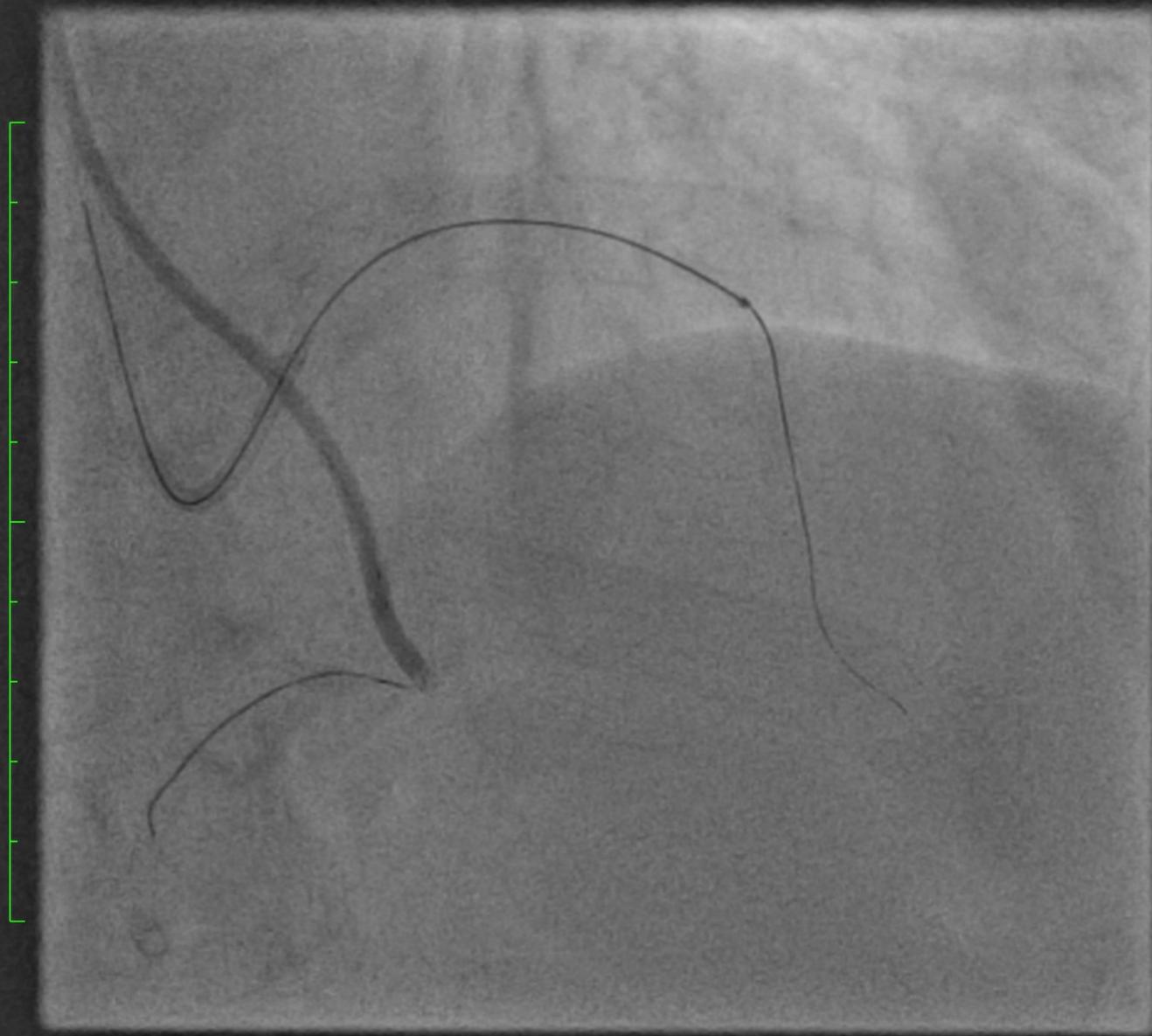
- Bonne sélection de la lésion
- Double injection au début
- Tool box: un microcath et 4 guides
- Pas d'injection antérograde
- Ne pas abimer le lit d'aval

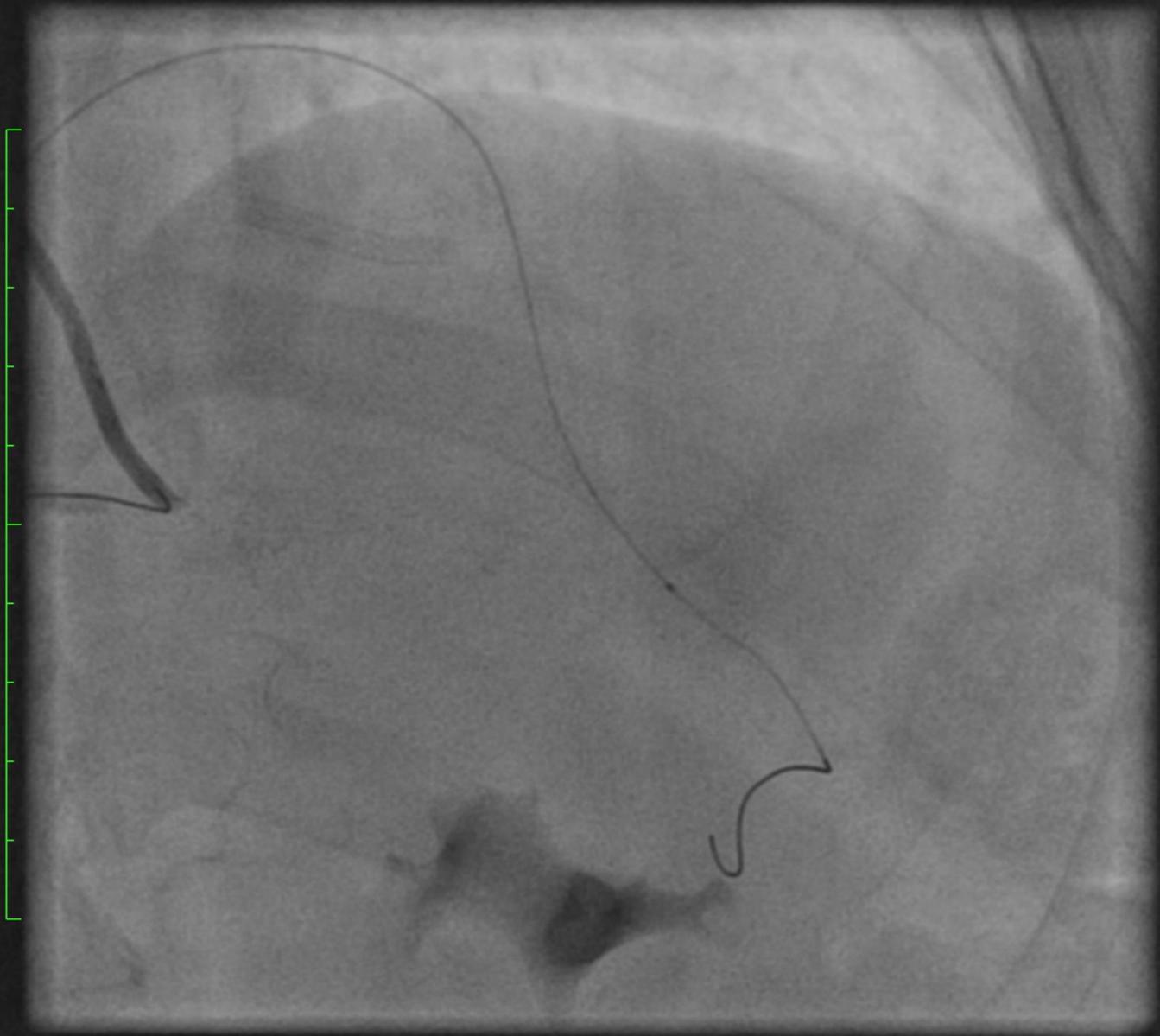


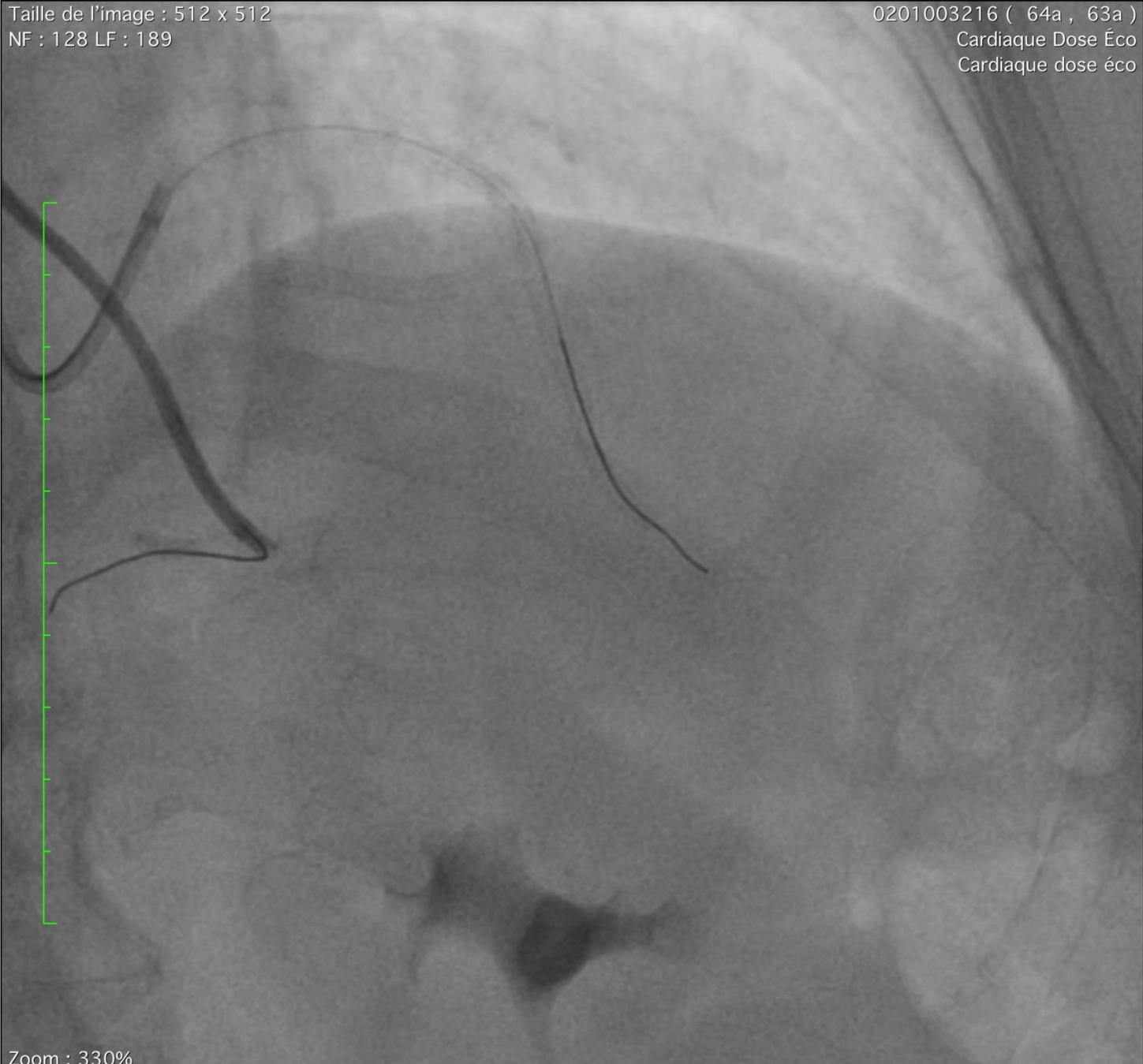












Taille de l'image : 512 x 512
NF : 128 LF : 189

0201003216 (64a , 63a)
Cardiaque Dose Éco
Cardiaque dose éco



Zoom : 330%
Im : 1/50 Series: 20
LittleEndianExplicit

12/01/2018 12:46:39
Made In OsiriX

Merci beaucoup