

# Formation de thrombus en cours d'angioplastie

Bernard Livarek  
Centre Hospitalier de Versailles

**APPAC Biarritz 6-8 juin 2012**

# Conflits d'intérêts

0

# Cas Clinique

- Homme de 48 ans, 95 kg, 182 cm
- Tabagisme (100 PA), HTA, Dyslipidémie
- Adressé initialement à un service de cardiologie périphérique pour syncope
- Echocardiographie: Hypokinésie antérolatérale
- Holter Rythmique: TV non soutenue
- Coroscanner:

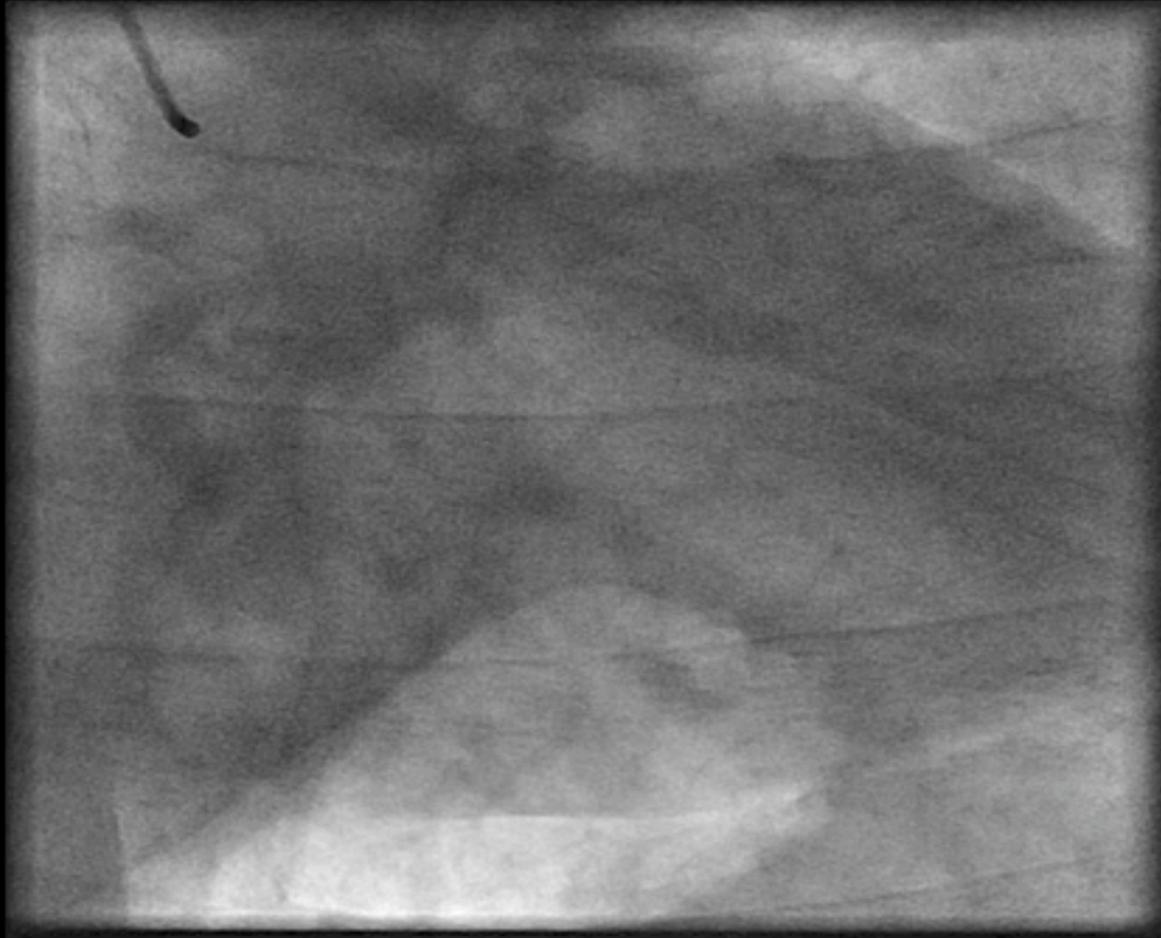
Sub-occlusion de l'IVA, Sténose M1

# Traitement d'entrée

- ATENOLOL 50 mg matin et soir
- ROSUVASTATINE 5 mg / jour
- CLOPIDOGREL 75 mg / jour après une charge orale de 300 mg la veille de la coronarographie
- ASPIRINE 75 mg / jour
- ENOXAPARINE 0.7 ml SC matin et soir

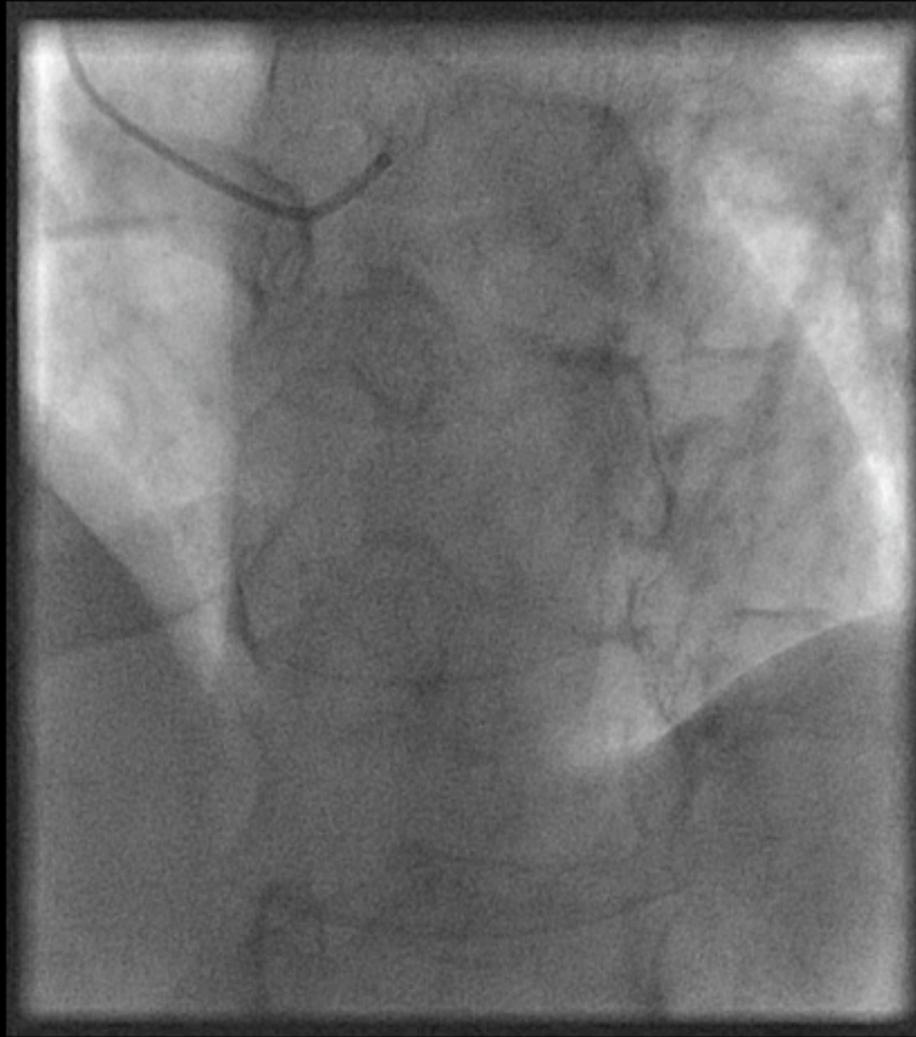
# Coronaire gauche

# Coronaire gauche



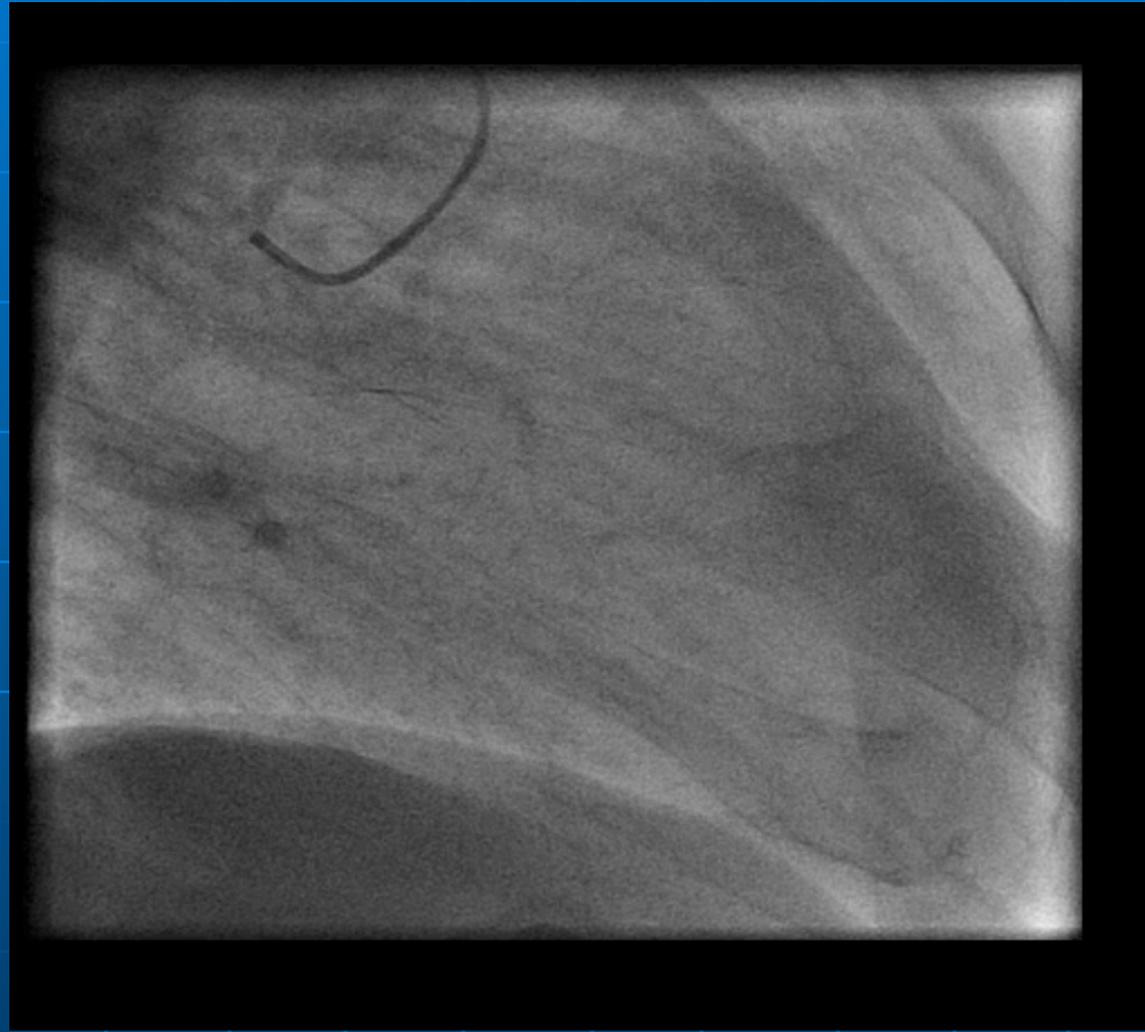
# Coronaire gauche

# Coronaire gauche



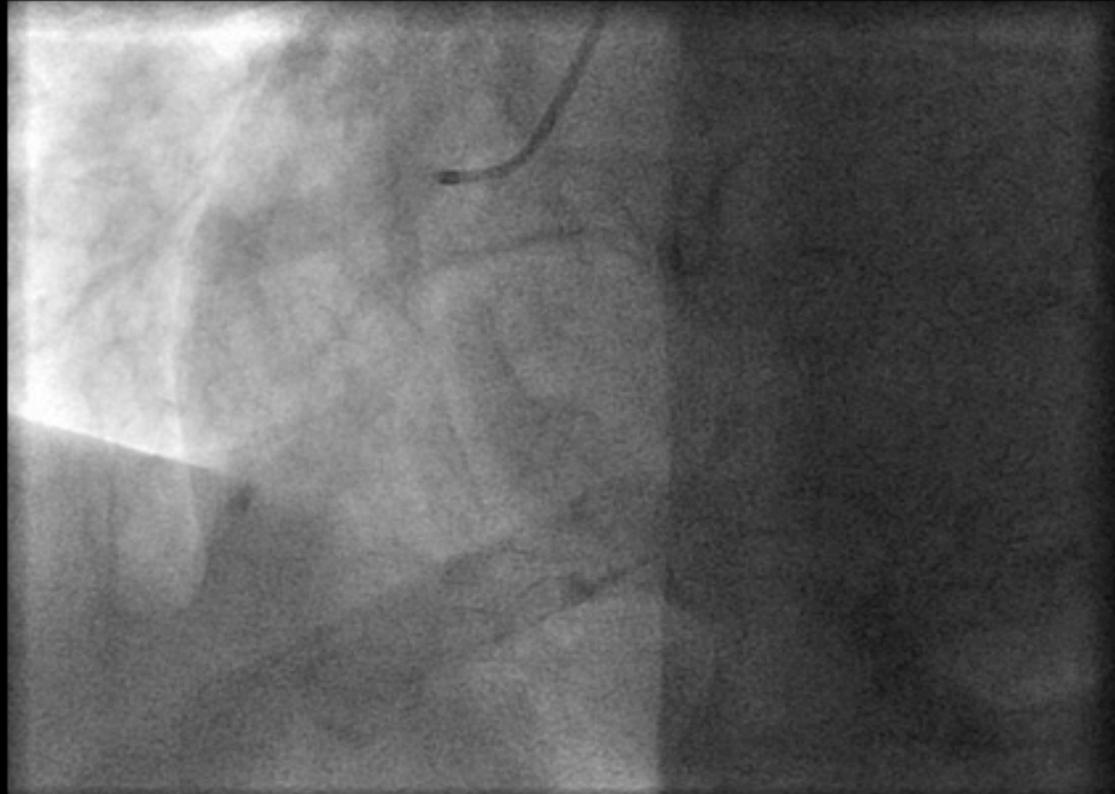
# Coronaire gauche

# Coronaire gauche



# Coronaire droite

# Coronaire droite

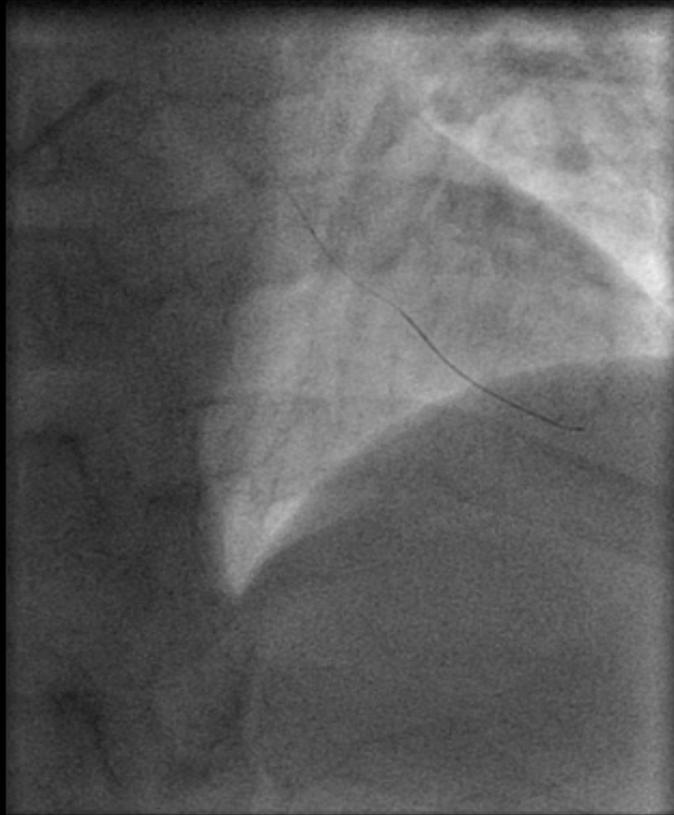


# Traitement complémentaire avant angioplastie

- ENOXAPARINE 0.3 ml SC (H8 // dernière injection)
- CLOPIDOGREL 300 mg per os sur table
- ASPIRINE 250 mg IV
- ISOSORBIDE DINITRATE 1 mg IC

# Passage des guides BMW et prédilatation

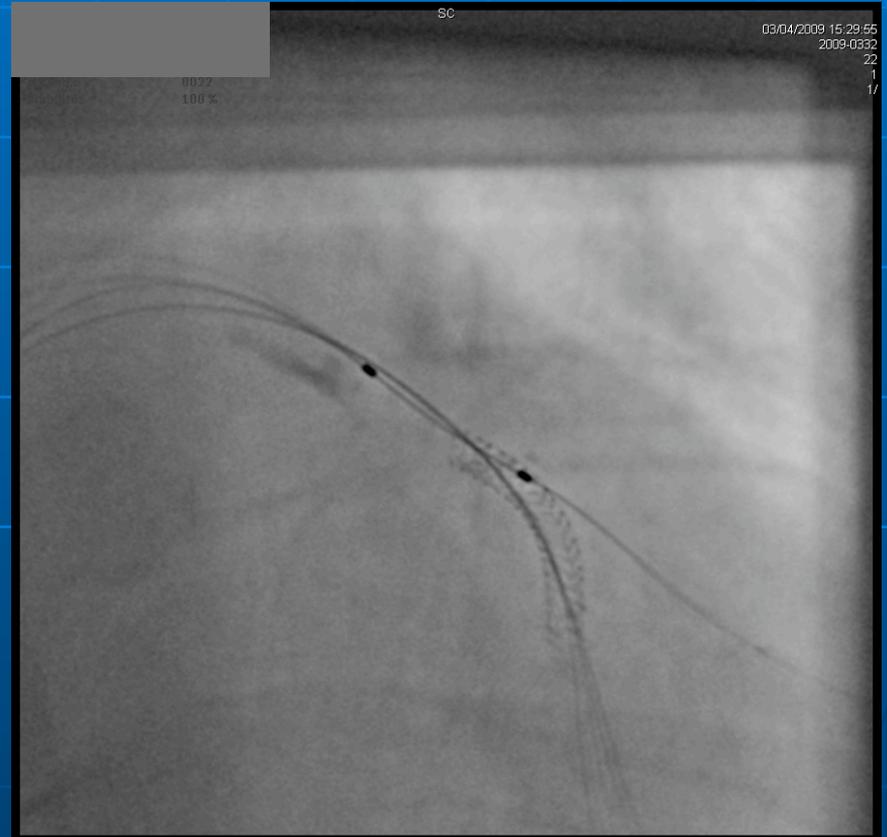
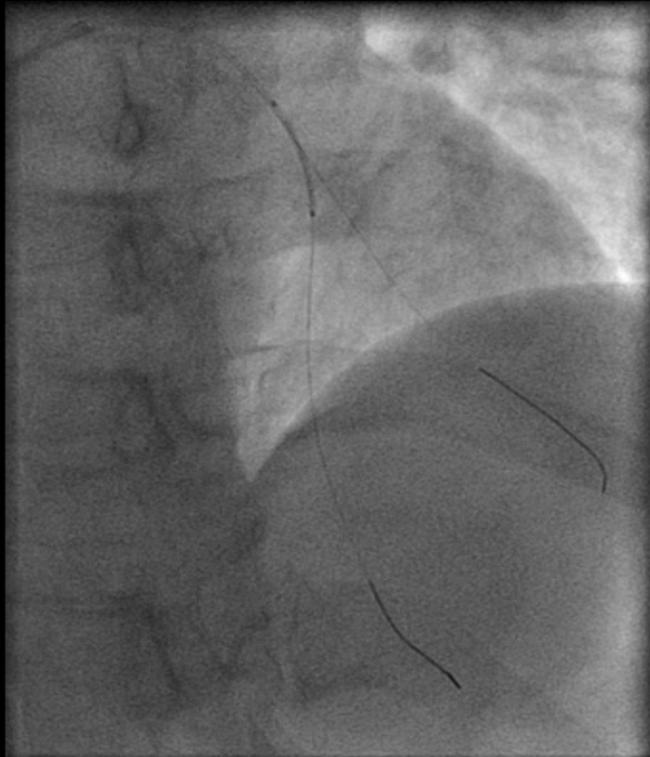
# Passage des guides BMW et prédilatation



# Positionnement du stent XIENCE 3.0 x 23 mm au niveau de l'IVA, franchissement de la maille

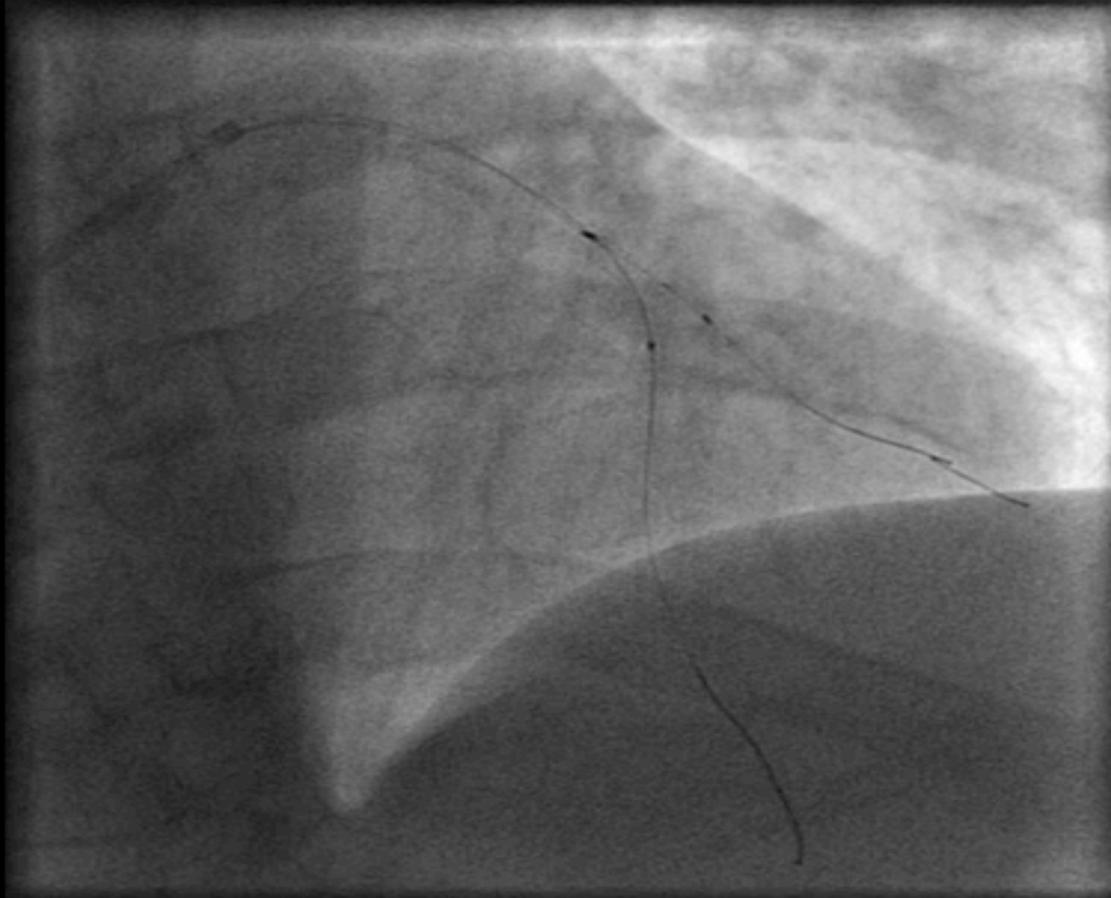


# Positionnement du stent XIENCE 3.0 x 23 mm au niveau de l'IVA, franchissement de la maille



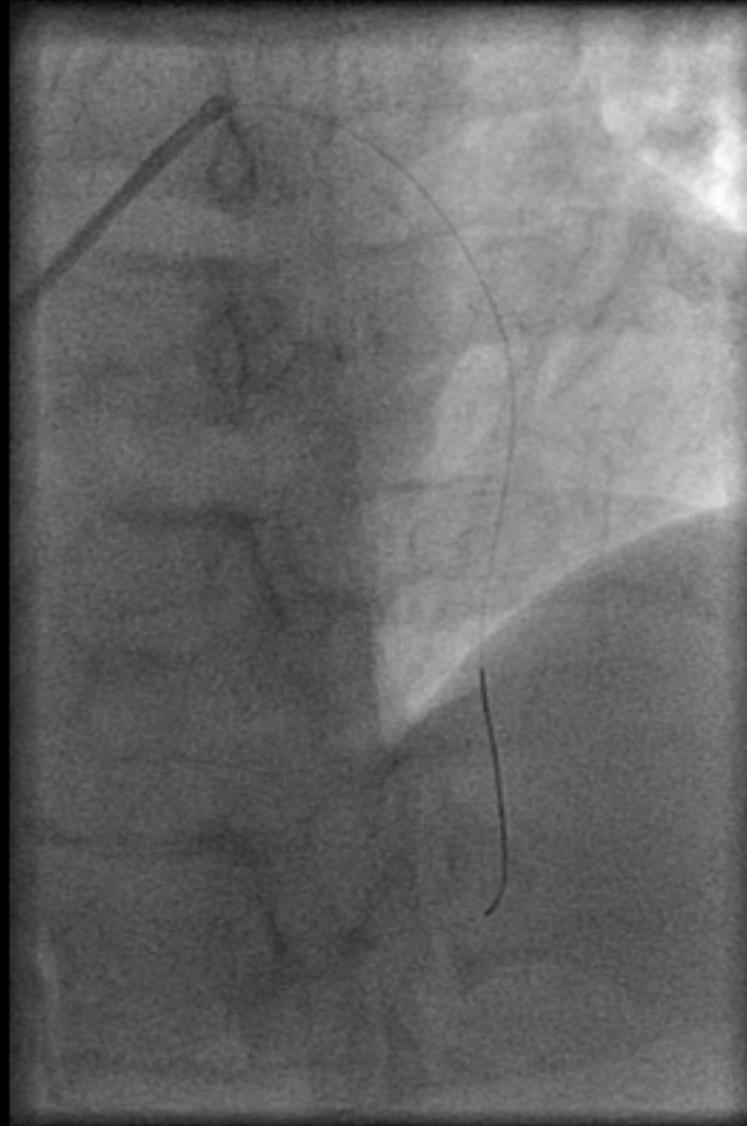
# Kissing

# Kissing



# Contrôle

# Contrôle

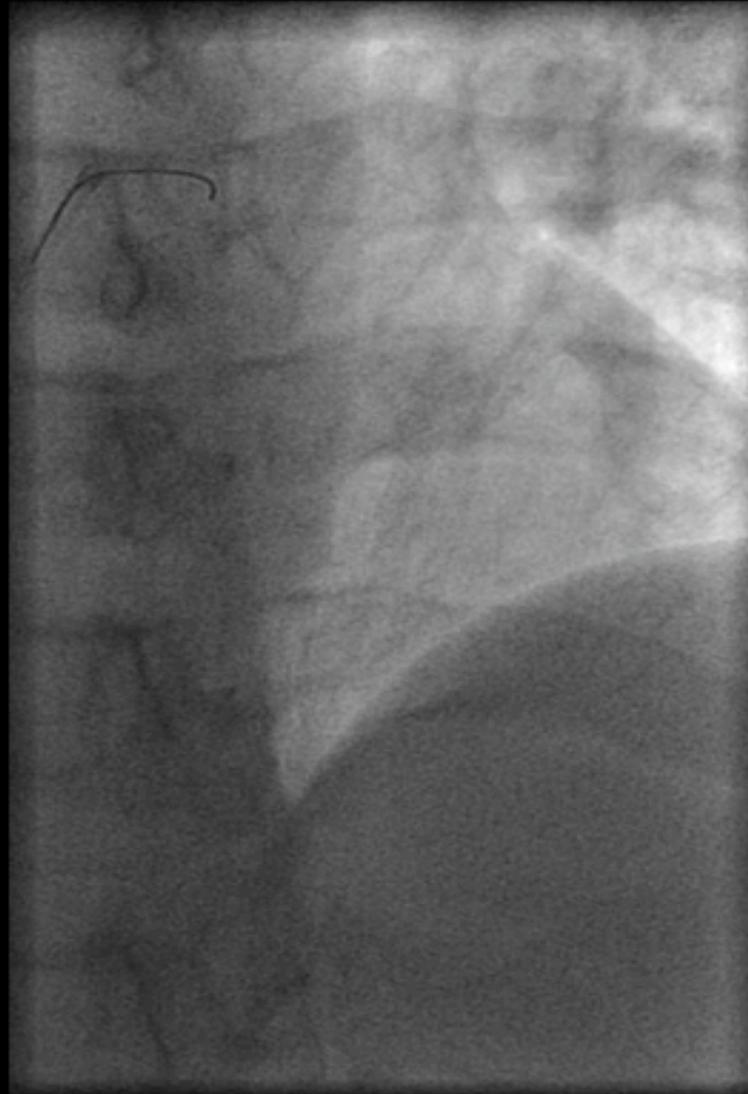


# Conduite à tenir à ce stade ?

- 1/ Poursuite simple de l'Enoxaparine ??
- 2/ Recharge en Clopidogrel ??
- 3/ Mise sous ABCIXIMAB ??
- 4/ Thrombo-aspiration ??
- 5/ Ballon ??
- 6/ Thrombolyse intra-coronaire ??
- 7/ Pontages aorto-coronaires ??

# Contrôle sous ABCIXIMAB

# Contrôle sous ABCIXIMAB



Final J 0

# Final J 0

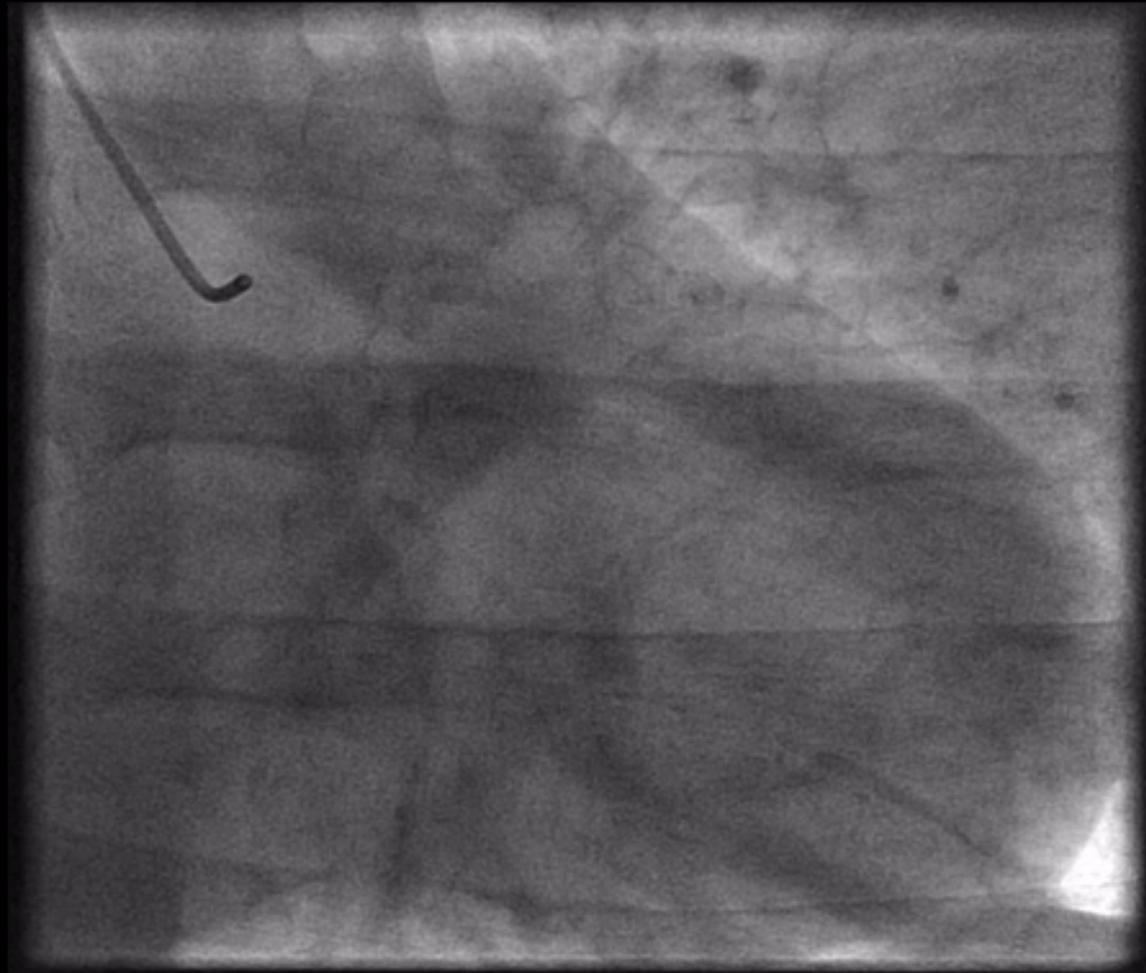


# Transfert en USIC pour surveillance

- ABCIXIMAB pendant 12 heures
- CLOPIDOGREL 75 mg x 2/jour
- ASPIRINE 160mg / jour
- ENOXAPARINE 0.9 ml x 2 / jour

# Contrôle à J 3

# Contrôle à J 3



# Contrôle à J 3

# Contrôle à J 3



# Retour dans le service adresseur

- CLOPIDOGREL 75 mg x 2/jour
- ASPIRINE 75 mg/jour
- ENOXAPARINE 0.9 ml x 2 / jour pendant six jours
- Relai proposé par FONDAPARINUX 2.5 mg SC / j  
pendant un mois
- et ATENOLOL, CRESTOR, INSPRA, TRIA TEC,  
NICORETTE.....

# Evolution

- Pas de récurrence douloureuse
- Troponine: 1 ng/ml
- FE 65 %
- Quelques passages en TV non soutenue

# Contrôle à J 40

# Contrôle à J 40



# Contrôle à J 40

# Contrôle à J 40



# Discussion

- **Lésion complexe de type B2 (ACC/AHA 1993)**
- **Effet presse purée ?**
- **Inadaptation posologie HBPM / Poids du patient (95 kg) ?**
- **Probable inefficacité du rajout de 0.3 ml d'ENOXAPARINE par voie sous-cutanée ? (intérêt de la voie IV ??)**
- **Préparation initiale par CLOPIDOGREL insuffisante ?**

# Anticoagulation with SC injections

1.0 mg/kg sc steady state

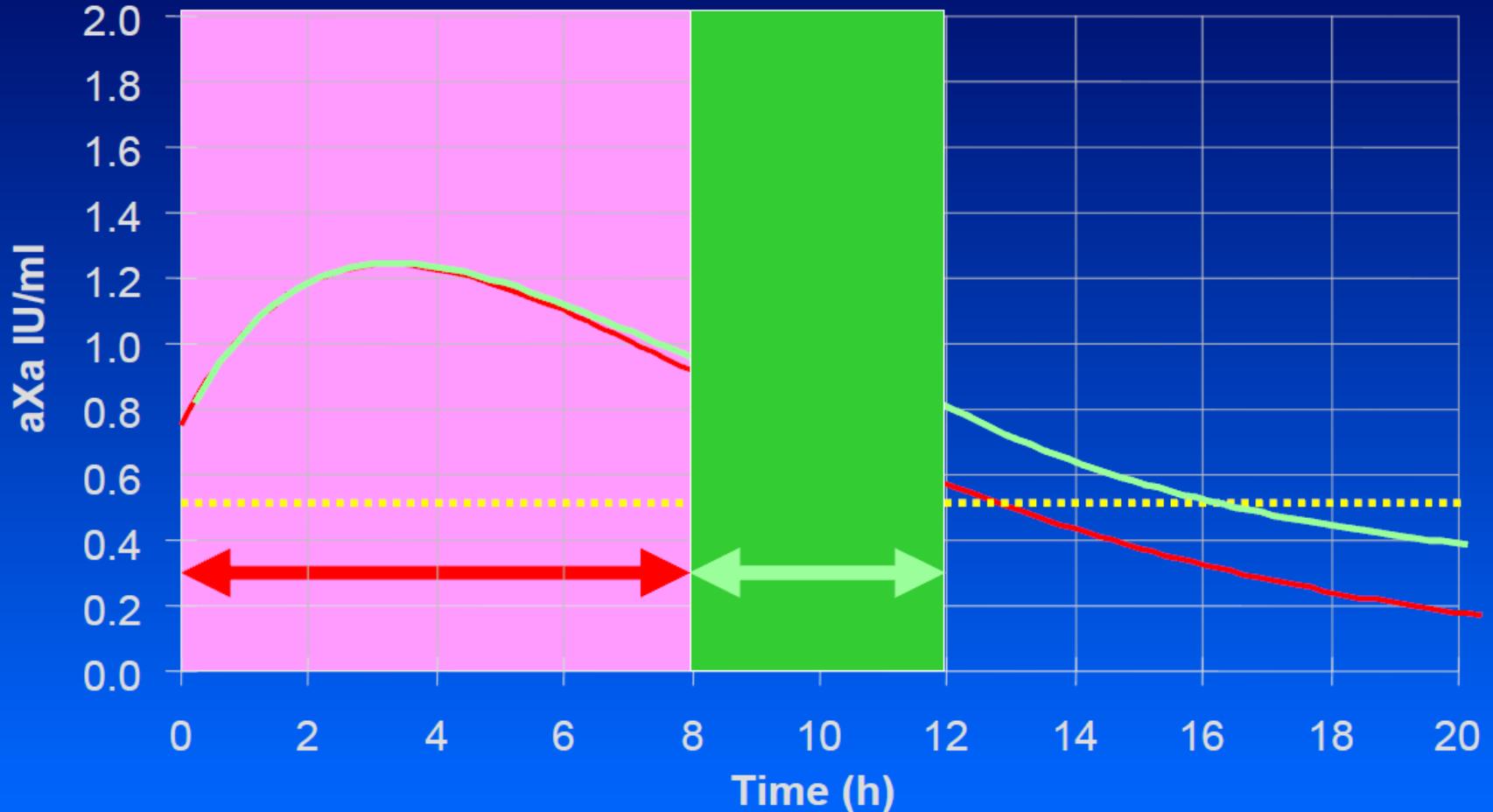


Remerciements au Dr Montalescot



# Anticoagulation with SC injections

1.0 mg/kg sc steady state + 0.3 mg/kg iv

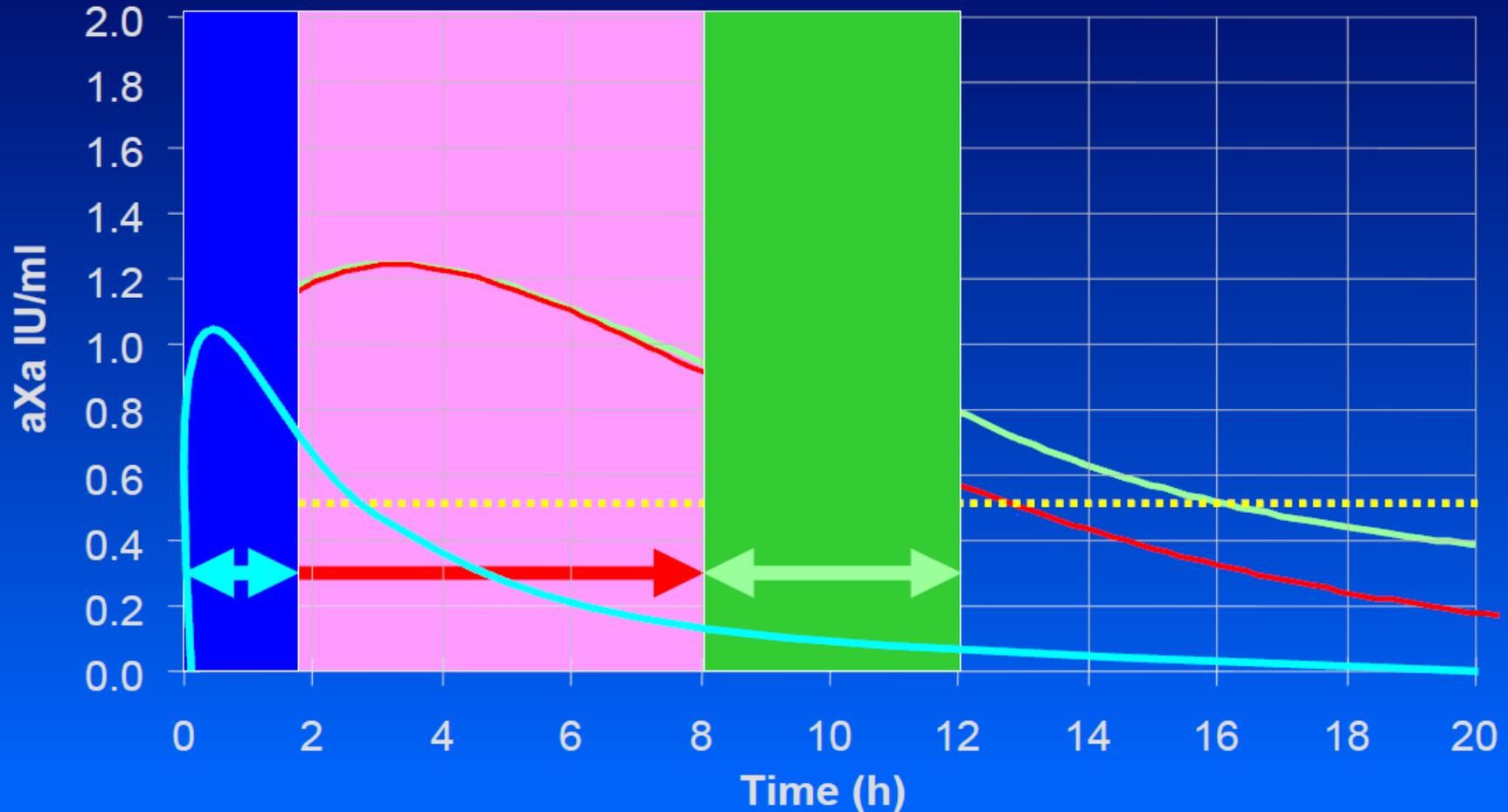


Remerciements au Dr Montalescot



# Anticoagulation with IV injections

0.5 mg/kg iv



Remerciements au Dr Montalescot



- **Lovenox pour les dilatations programmées = 0.5mg/kg IV**

- chez tous les patients qui ne sont pas déjà traités par Lovenox.
- Même dose si ReoPro ou Integrilin
- Même dose si insuffisance rénale

- **Angor instables déjà traités par 2 injections SC,**  
**arrivant en salle de KT < 8h** après la dernière injection SC  
= RIEN (ni héparine ni Lovenox)

- **Angor instables déjà traités par 2 injections SC,**  
**arrivant en salle de KT > 8h** après dernière injection SC =  
une demi-dose (0.25mg/kg IV)



Remerciements au Dr Montalescot

# «Take Home messages»

- Les facteurs de thrombose en cours d'angioplastie doivent être connus:  
Contexte d'instabilité (SCA), Complexité de la lésion (B2, C, ACC/AHA 1993), durée de la procédure, et surtout, l'environnement médicamenteux.
- La barre des huit heures suivant la dernière injection d'ENOXAPARINE doit être une indication à un rajout
- La voie IV (0.5 mg/kg) est la plus rapidement efficace
- Les anti-GpIIbIIIa peuvent permettre de passer un cap difficile

