

# Les lésions résistantes, calcifiées, tortueuses

Didier Carrié (Toulouse)

Symposium Boston

APPAC 11 Juin 2015

*Déjeuner-Débat*

Trucs et astuces dans la prise en charge des patients complexes



# QU'EST-CE QU'UNE LESION RESISTANTE ?

- LE GUIDE FRANCHIT MAIS PAS LE BALLON
- LE GUIDE ET LE BALLON FRANCHISSENT  
MAIS IMPOSSIBILITE DE FAIRE CEDER LA LESION

# QUELS SONT LES RISQUES ENCOURUS

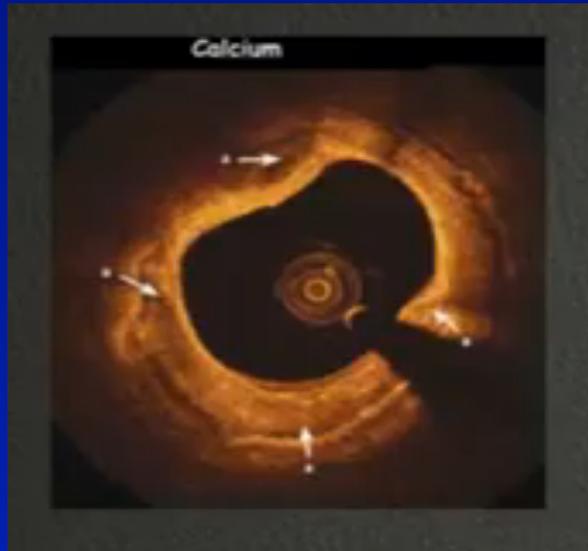
## RISQUES IMMEDIATS :

- Rupture du ballon
- Dissection extensive, Perforation
- Défaut de déploiement du stent
- Thrombose stent

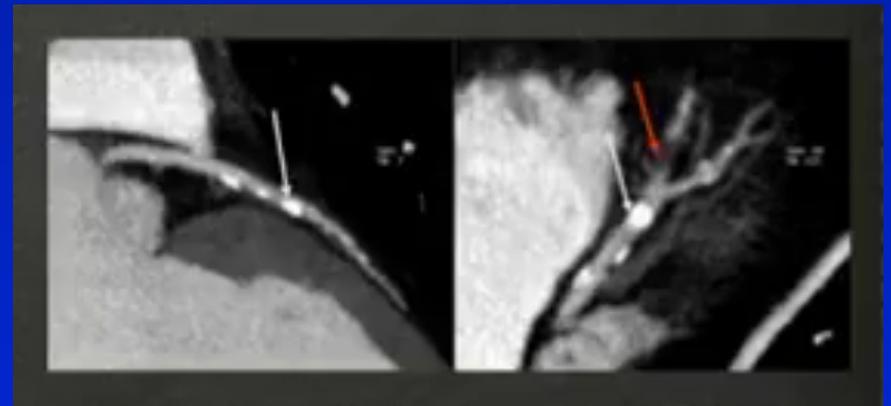
## RISQUES A MOYEN TERME :

- Resténose
- Ou occlusion chronique

# LES TECHNIQUES DE VISUALISATION EN AMONT DE L'ANGIOPLASTIE



ANGIO ++, IVUS, OCT, SCANNER CORONAIRE  
DECISION VISUELLE DES CALCIFICATIONS



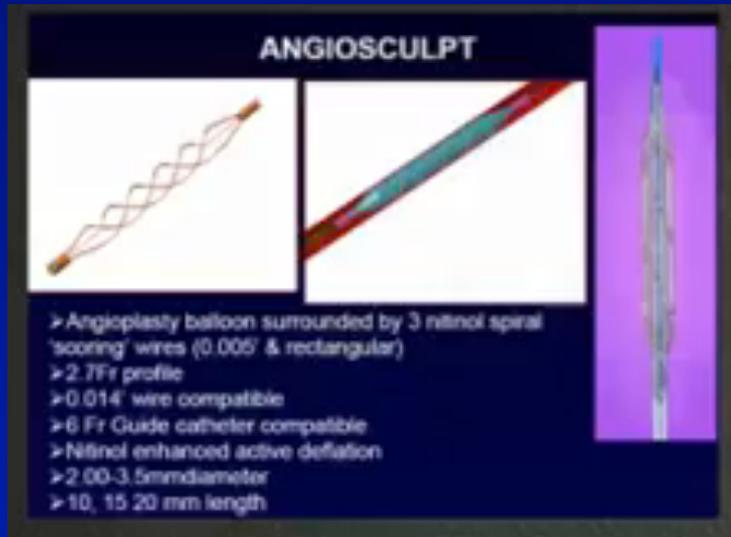
# NOS OUTILS

## LE BALLON NC

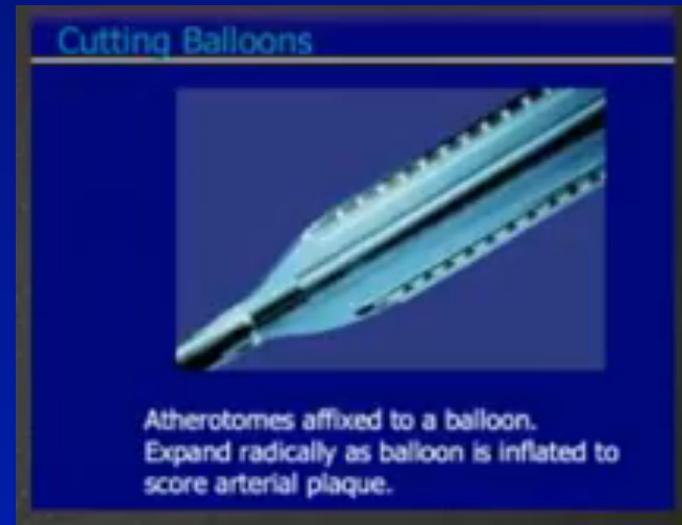
- Ballon très haute pression
- Comment les utiliser : sous dimensionnés ou pas
- Donner des à coups de surpression



# NOS OUTILS



**ANGIOSCULPT**



**CUTTING BALLON  
BALLON NC et  
DISSECTION CONTROLEE**



**FX MINIRAIL**

# NOS ASTUCES



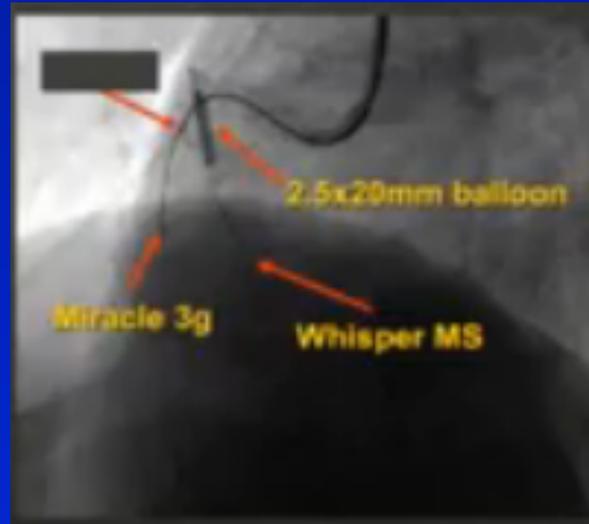
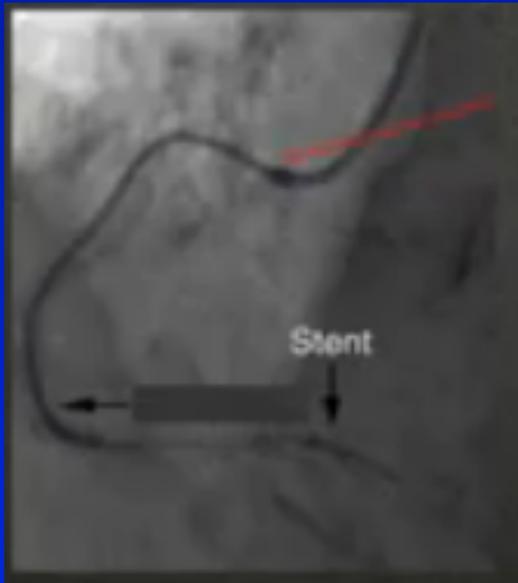
## BUDDY WIRE TECHNIQUE

Utilisation d'un ballon NC et d'un guide en parallèle pour avoir un effet de cisaillement sur la plaque résistante

# LES LESIONS QUI NOUS RESISTENT PAR MANQUE D'APPUI OU DE SUPPORT



- 7F (AUGMENTER NOTRE SUPPORT)
- 2 GUIDES EXTRA SUPPORT EN PARALLELE
- ANCHORING WIRE OU BALLON
- EXTENSION GUIDING Kt GUIDEZILLA



**NOS ARMES**

# L'ARME ULTIME

## LE ROTABLATOR



# CAS CLINIQUE N°1

**Mme Francine L... née le 06-03-1940**

**ATCD: néoplasie sein en 2008**

**RCV: HTA, dyslipidémie**

**SCA non ST+ Tropo + (post reprise Xale sein D)**

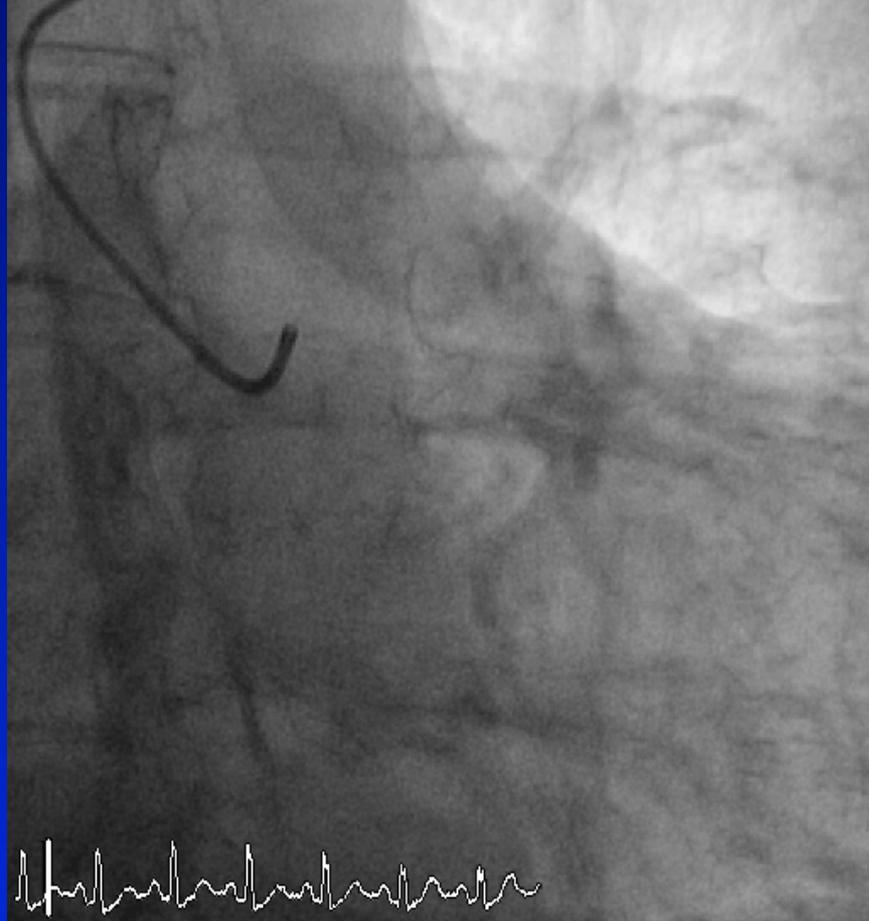
**Tt médical: Bisoprolol, Lercanidipine, Pravastatine**

**ECG non contributif**

**ETT: FE VG 40%; hypokinésie segmentaire apico-latérale et inférieure**

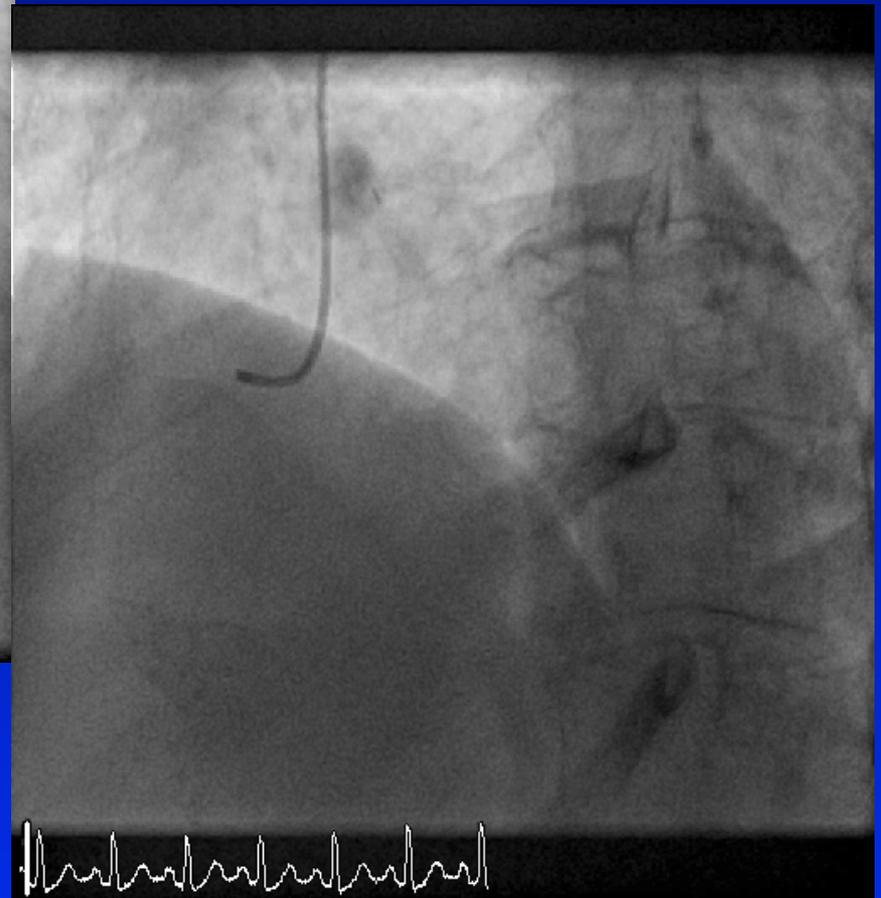
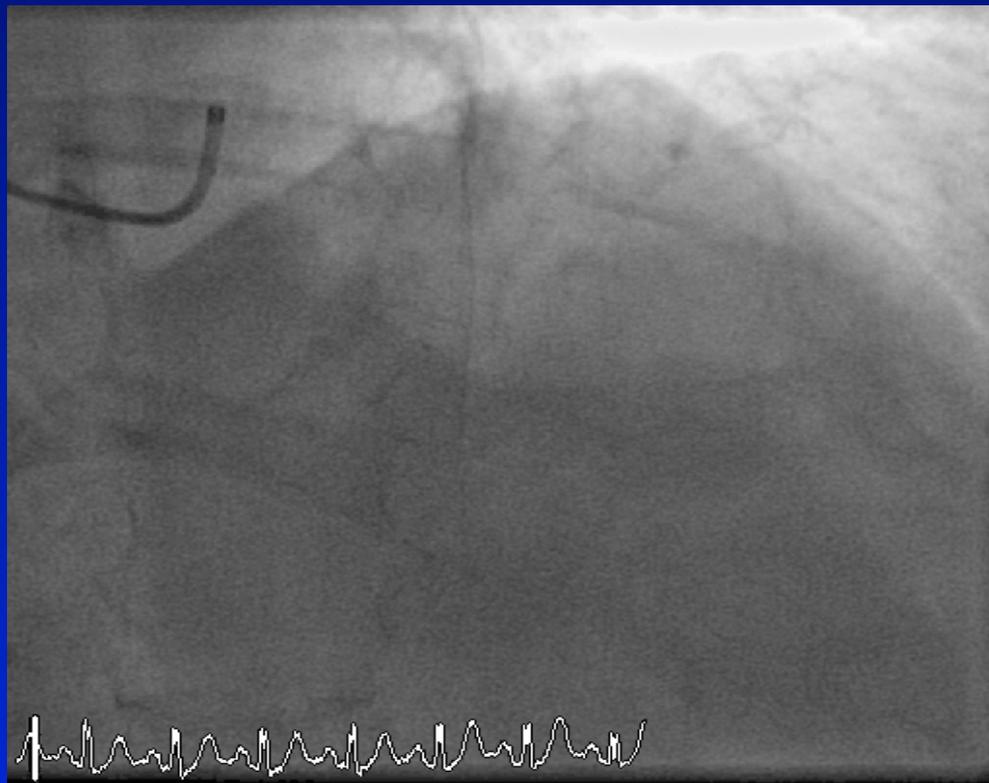
**Coronarographie: lésions 3T (lésion coupable :CX1-Mg1; IVA2/D1,CD2)**



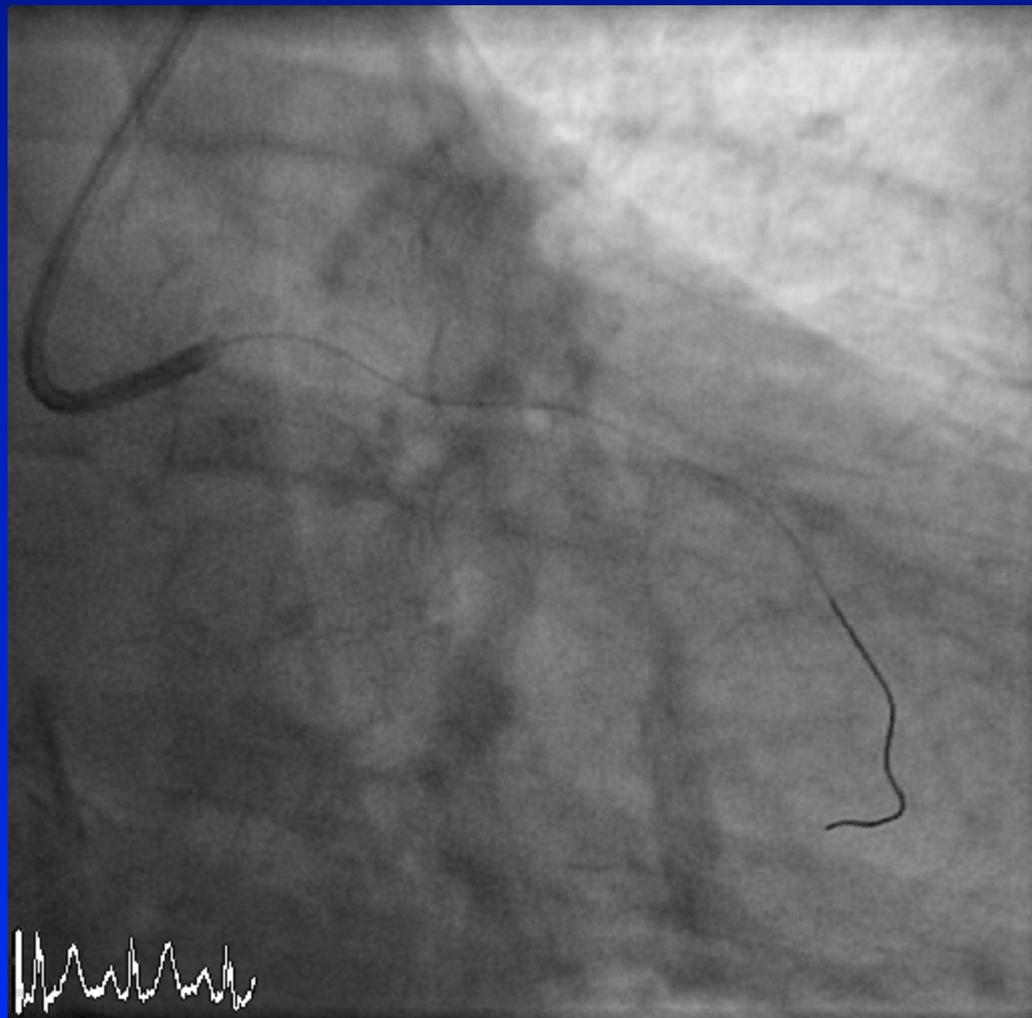
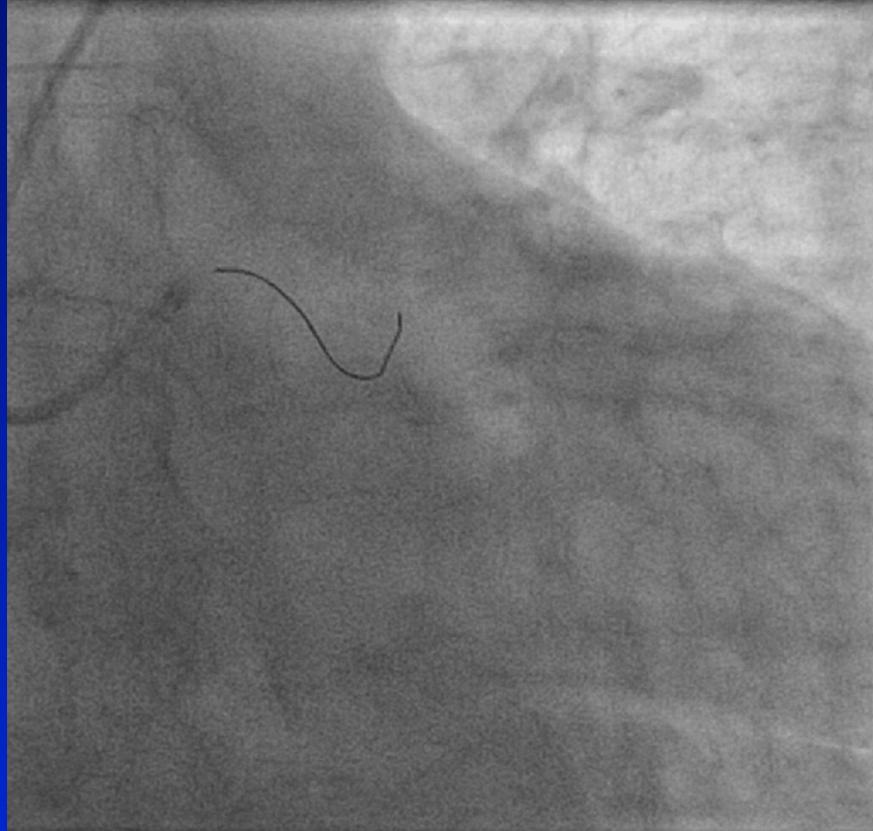


**Lésion coupable thrombotique CX1-Mg1**

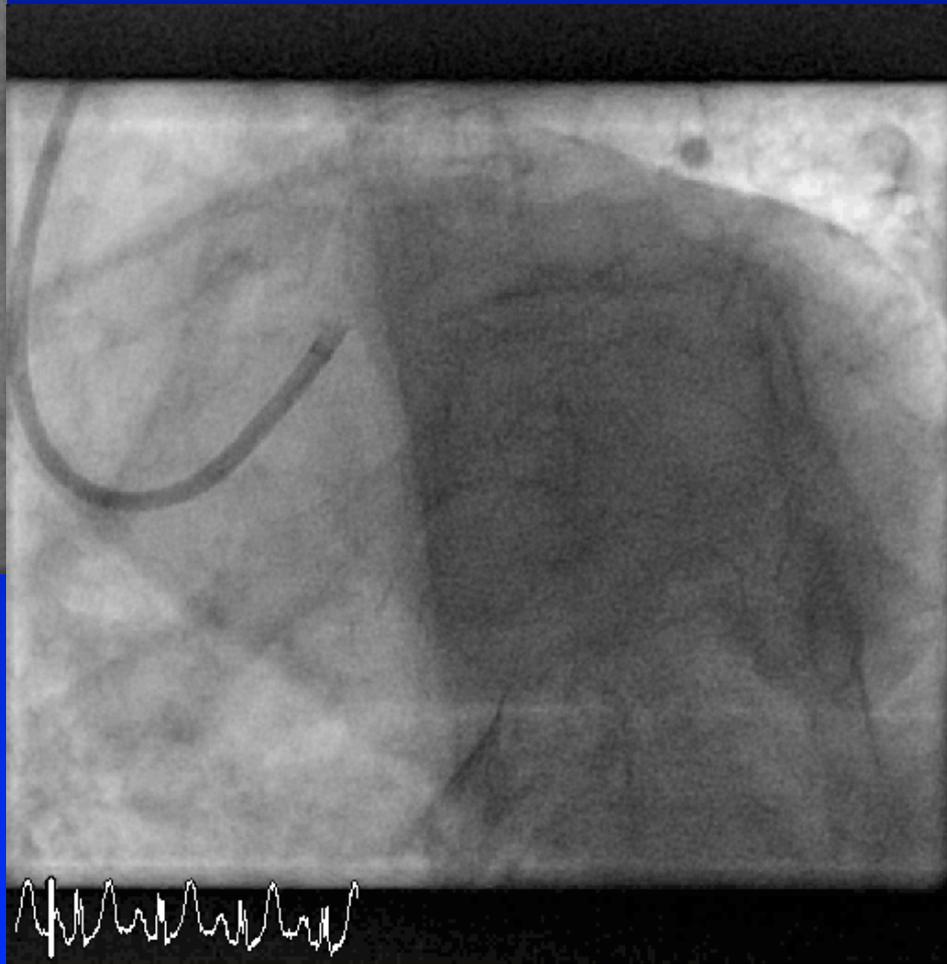
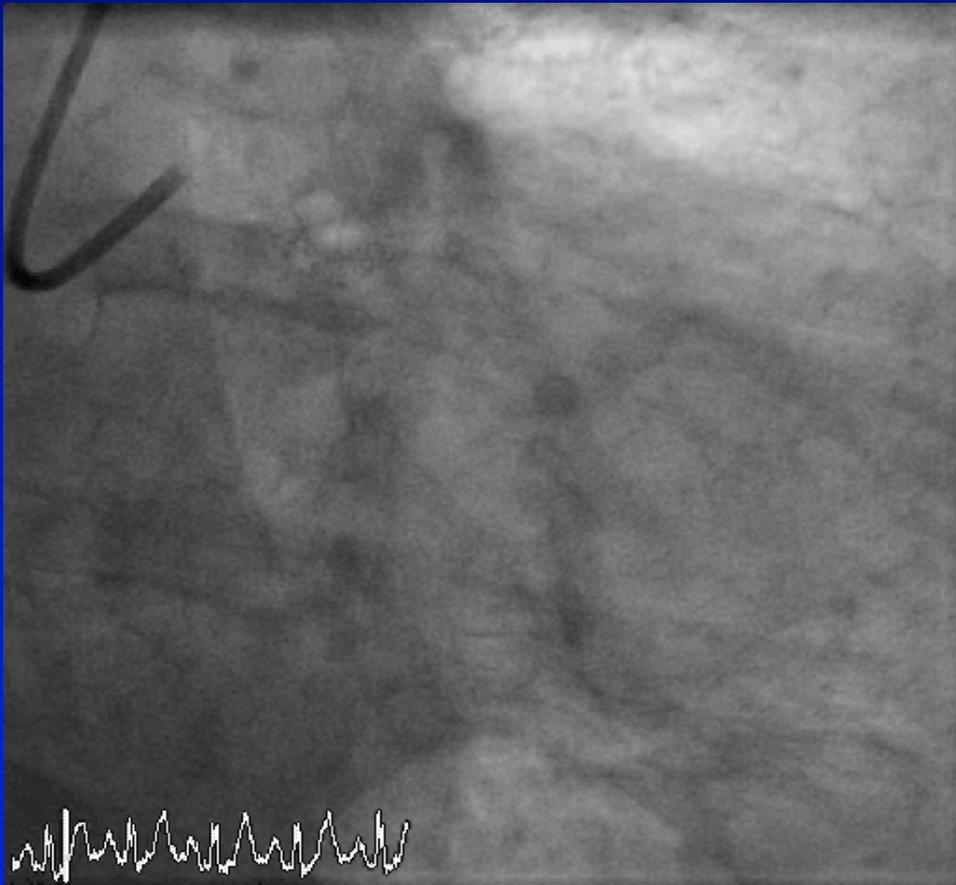




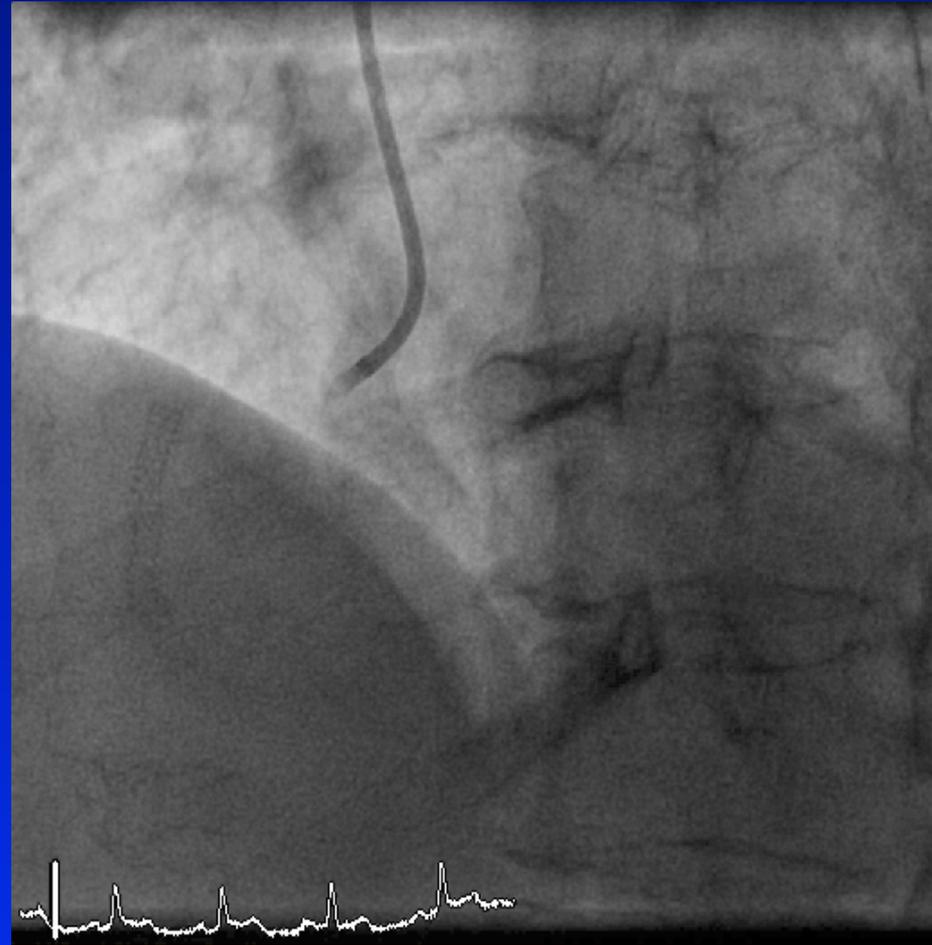
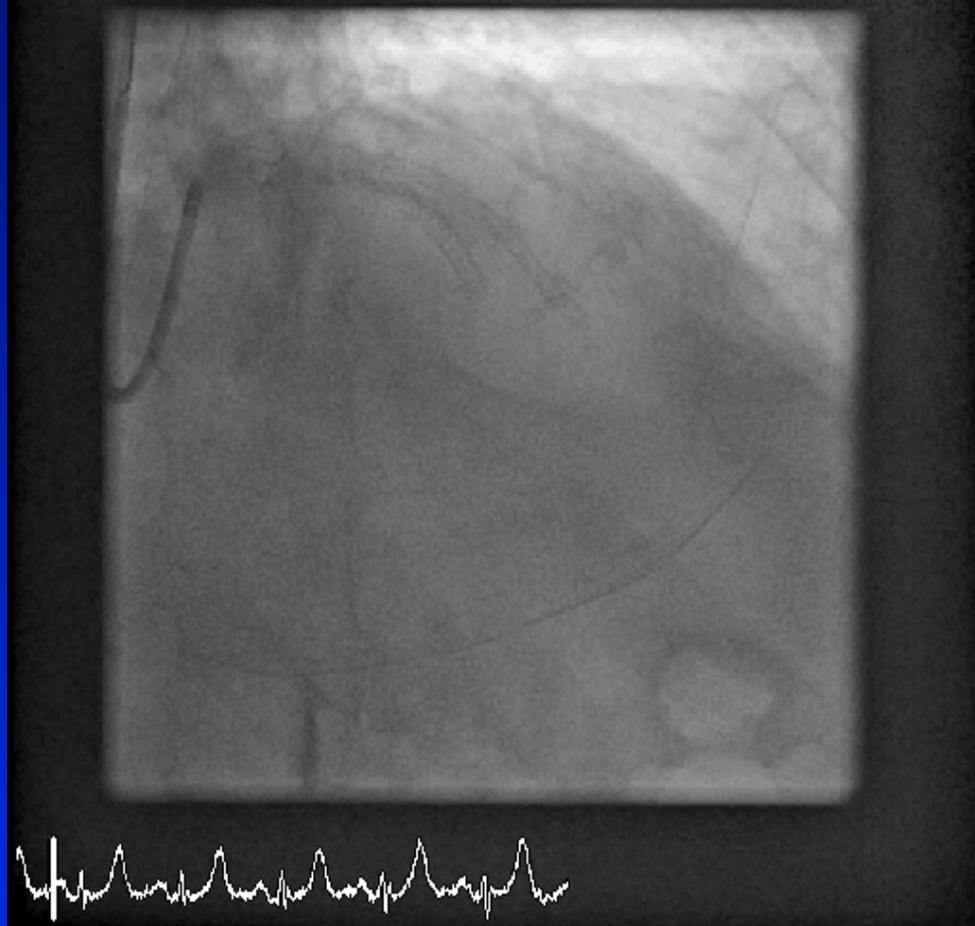
## Lésions de bifurcation IVA2/D1 et de la CD2



**EBU Launcher 3.5 6F**  
**Guide Sion Blue + Ballon 2.5 X 12 mm**



**Résultat angiographique CX1-PL1**  
**Synergy 3mm x 28 mm**  
**POT Cx1 au ballon 3,5x15**



**Résultat angiographique IVA2/D1 et CD2 au J2**

# CAS CLINIQUE N°2

**Mr Thierry H... né le 12-08-1933**

**RCV: HTA, DNID, Dyslipidémie, Tabagisme ancien**

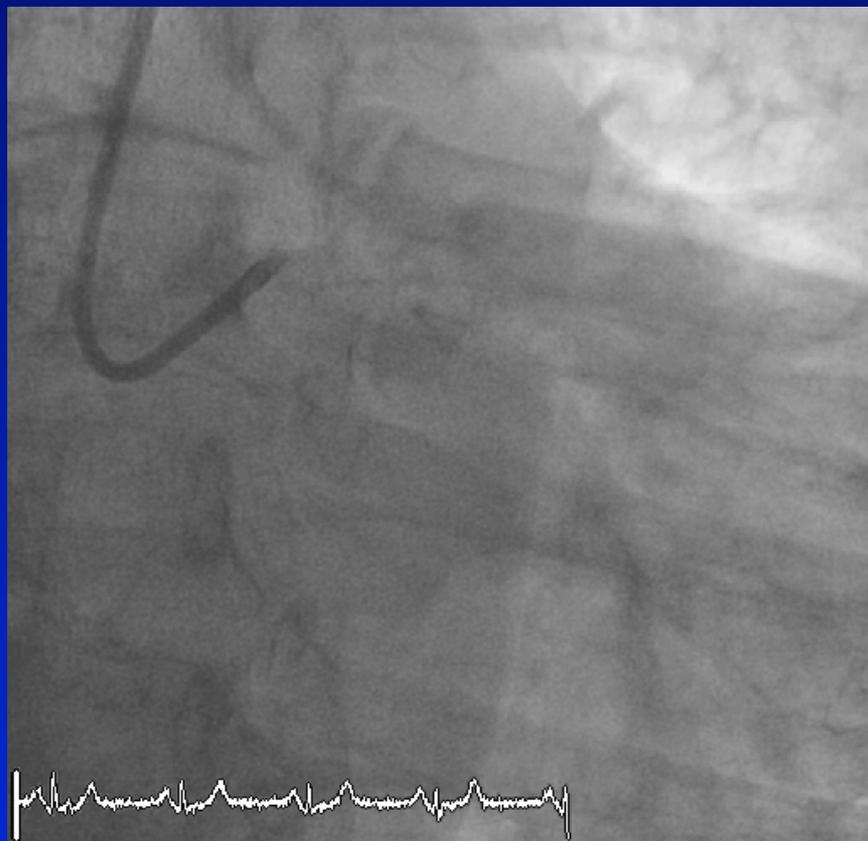
**Angor d'effort accéléré, EE sous-maximale positive à 70% FMT**

**Tt médical: Acebutolol, Ramipril,**

**ECG d'effort: ST sous décalé 2.5 mm en latéral à 90 W**

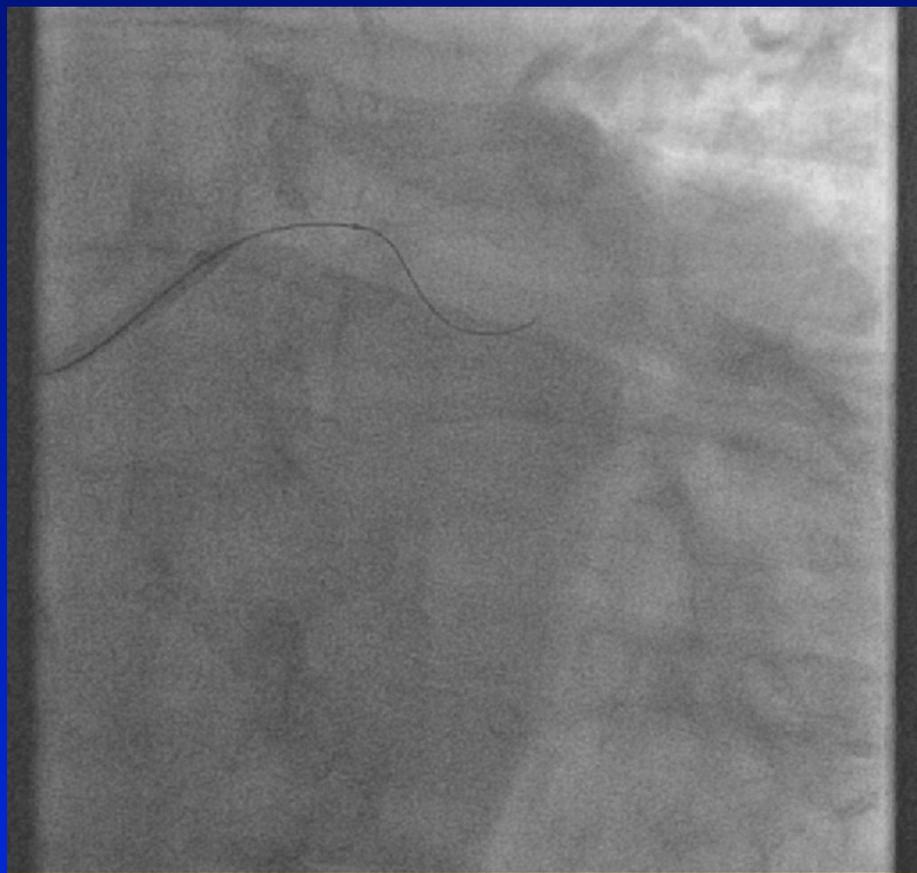
**ETT: FE VG 55%; hypokinésie latérale**

**Coronarographie: lésion monotronculaire calcifiée Cx ostiale et ptximale**



**EBU Launcher 3.5, 6F**

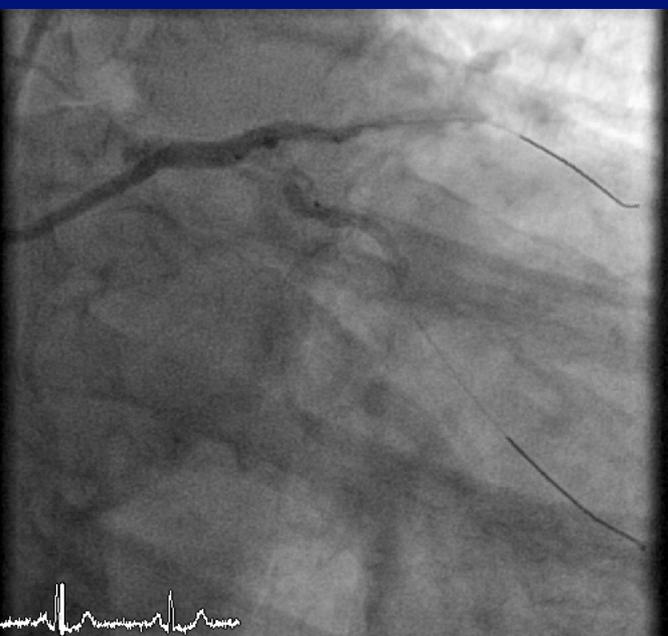




**Rotablator**  
**Fraise 1.75 mm**



**Guide Sion 0.14 +Finecross,**  
**Echange Rotawire**



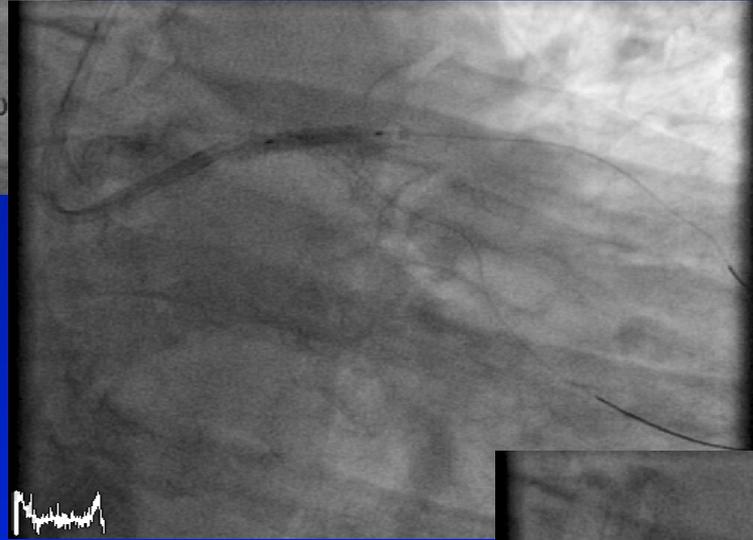
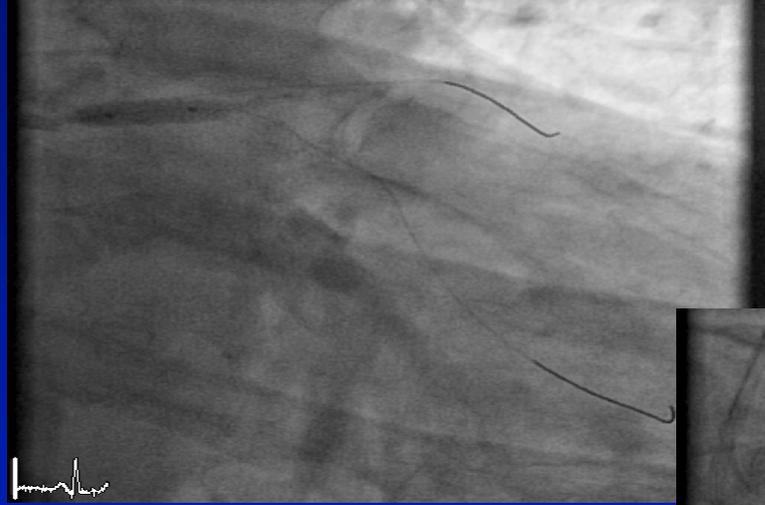
**Ballon NC 3 x 15 mm**



**Synergy 3.5 x 28 mm**



**Résultat initial**



**POT-Side (or KB)-POT**



**Résultat angiographique final**

# CONCLUSION

- LES LESIONS POTENTIELLEMENT RESISTANTES SONT DE PLUS EN PLUS FREQUEMMENT TRAITÉES
- OUTILS PERFORMANTS (ballon NC, microKT, Rota...) POUR RESOUDRE CES DIFFICULTES
- INTERET DE BIEN ETUDIER LA LESION ET LA STRATEGIE EN AMONT DE LA PROCEDURE

