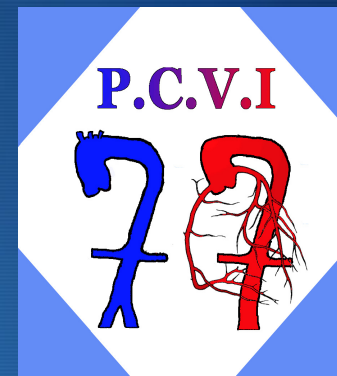




PCVI
92



L'essentiel est (presque) invisible... à la coro

Vladimir Rubimbura

Eduardo Aptecar – Patrick Dupouy

Cliniques Les Fontaines – Melun

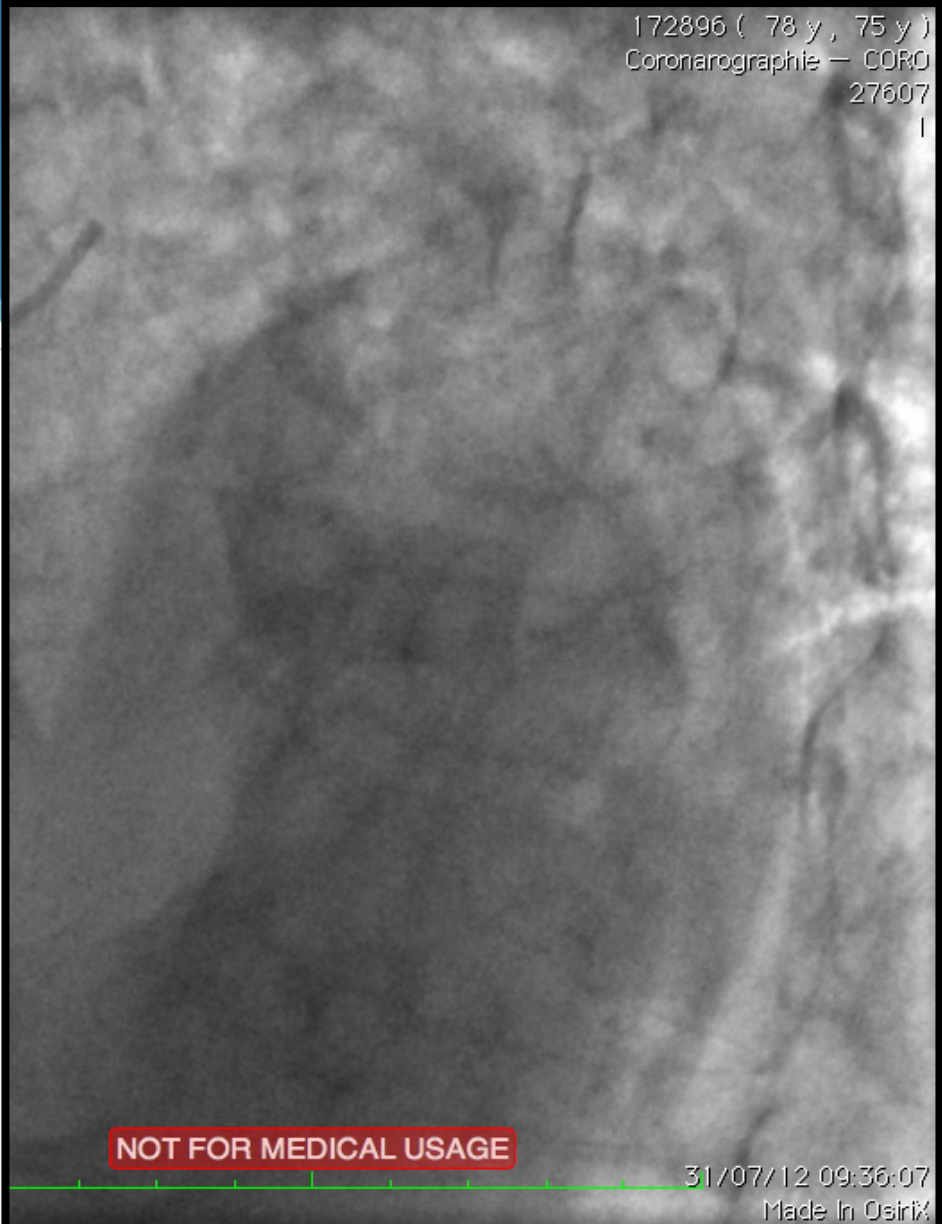
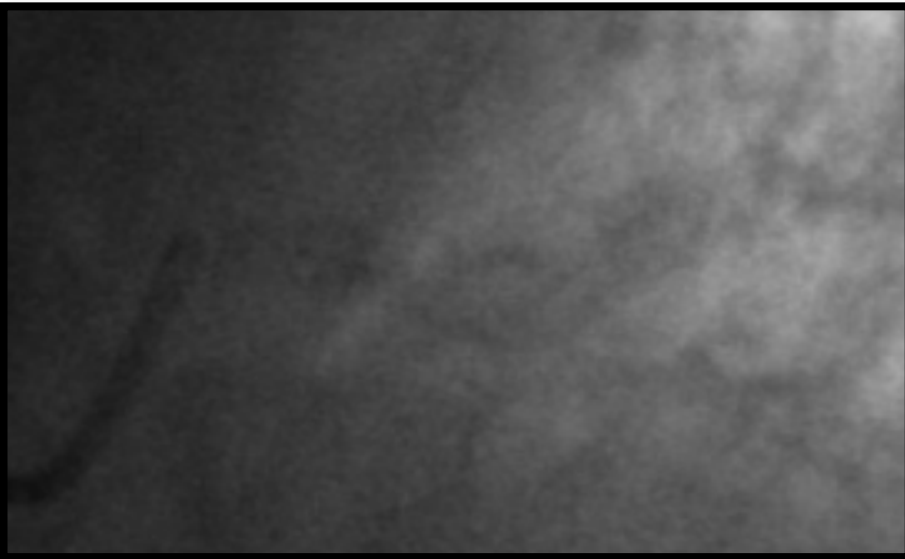
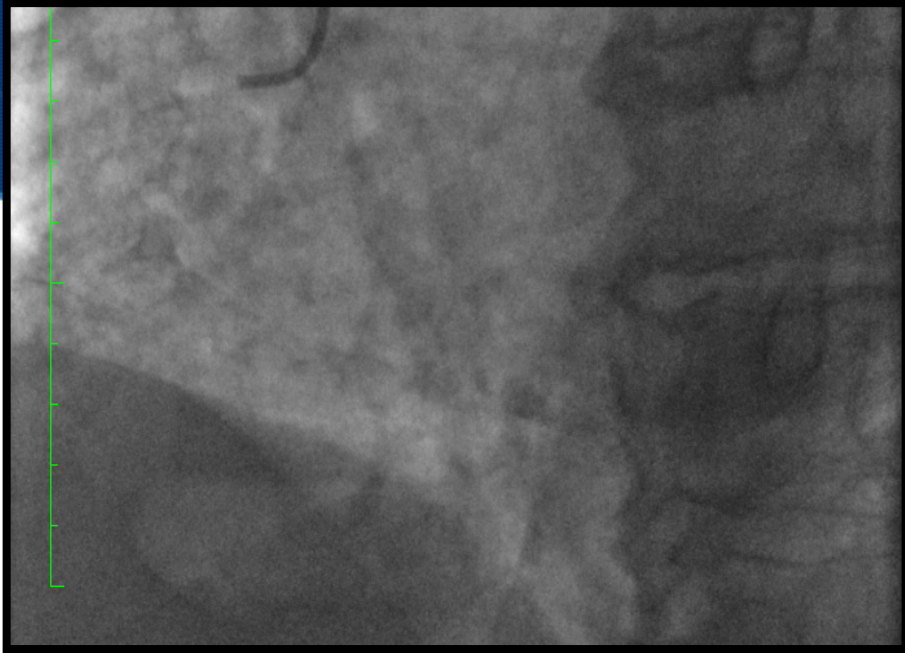
Hôpital Privé d'Antony – Antony



Histoire clinique

- ◆ Mr JC 78 ans, polyartériel sévère, BPCO
- ◆ FdrCV: HTA, tabac sevré en 2004, SAS appareillé depuis 2011
- ◆ Pontage aorto-bifémoral (1990), Endartériectomie CID (2004), Endartériectomie CIG (2011)
- ◆ 2012: RTUP et RTUV (carcinome urothélial) compliquée d'hémorragie et pneumopéritoine, transfusion de 6 CG.
 - ◆ Dans les suites de cette intervention: **modifications de l'ECG, élévation de la troponine** (scinti pré-opératoire négative).
 - ◆ Transféré pour prise en charge du SCA. Coronarographie.

Coro 7/2012



Evolution

- ◆ Coronarographie (7/2012): sténose TC
 - ◆ FEVG: 50%
 - ◆ Clairance créatinine 37.4 ml/min/m²
 - ◆ ATL TC de préférence à la CABG, vu le terrain
 - ◆ Dans les suites de la coro : syndrome confusionnel important (scanner cérébral normal) -> hospitalisation en neurologie, complications infectieuses de son intervention urologique...
 - ◆ Décision de surseoir à l'ATL dans l'immédiat
- ◆ 12/2013: douleurs thoraciques d'effort.
 - ◆ Son cardiologue l'adresse dans un autre centre -> ATL TC



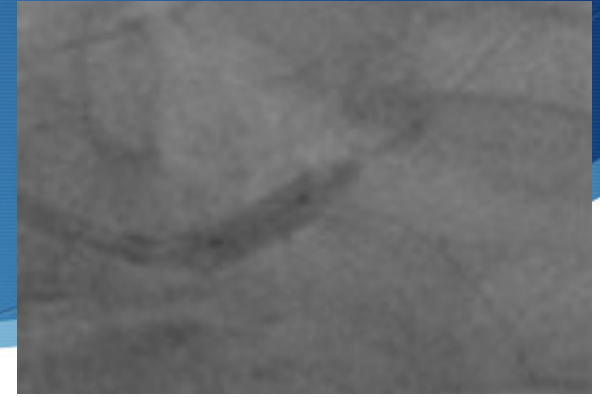
Angioplastie du TC 12/2013



Prédilatation ballon 3.5 mm



Absorb 3.5 x 18 mm



Post dilatation ballon 4.0 x 12

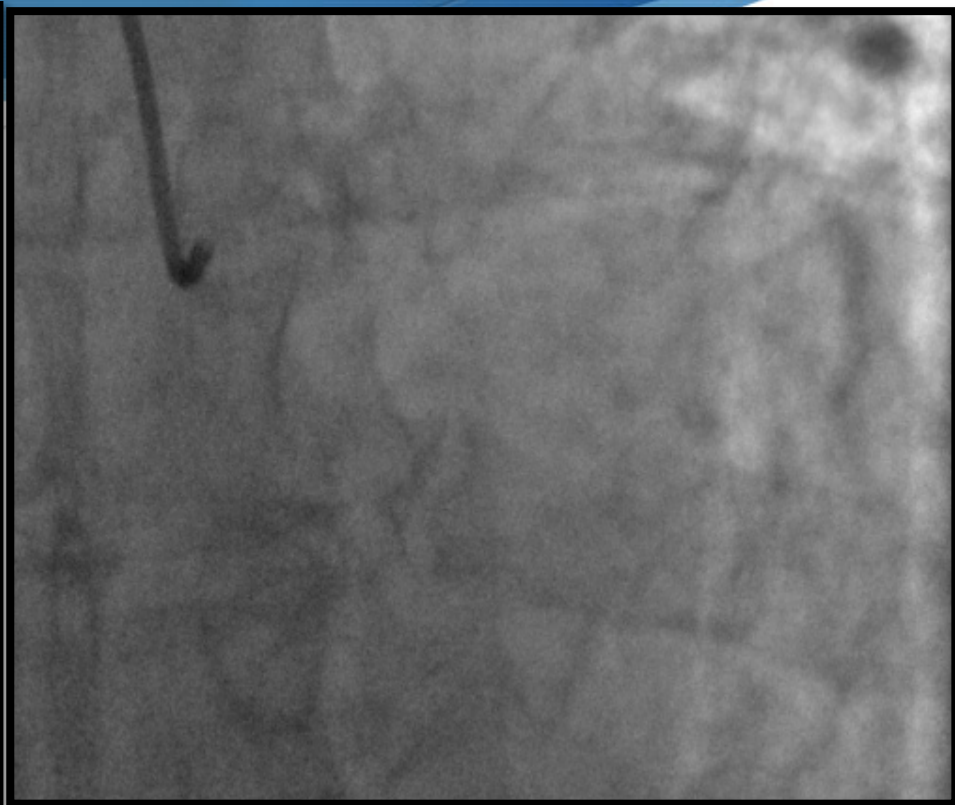
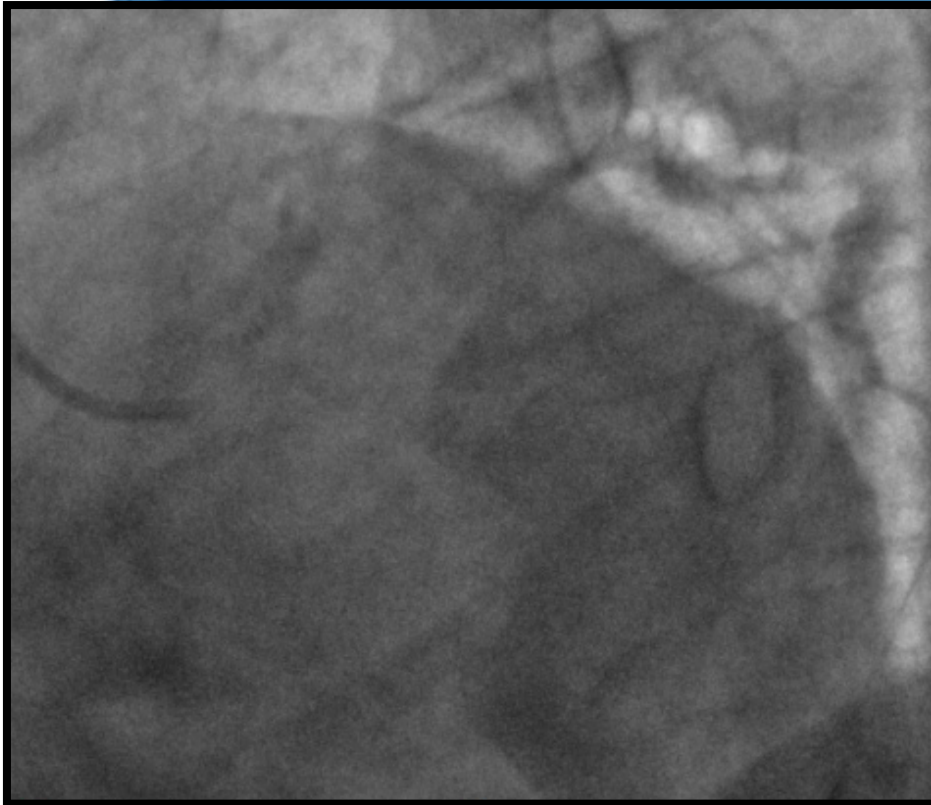


RP798

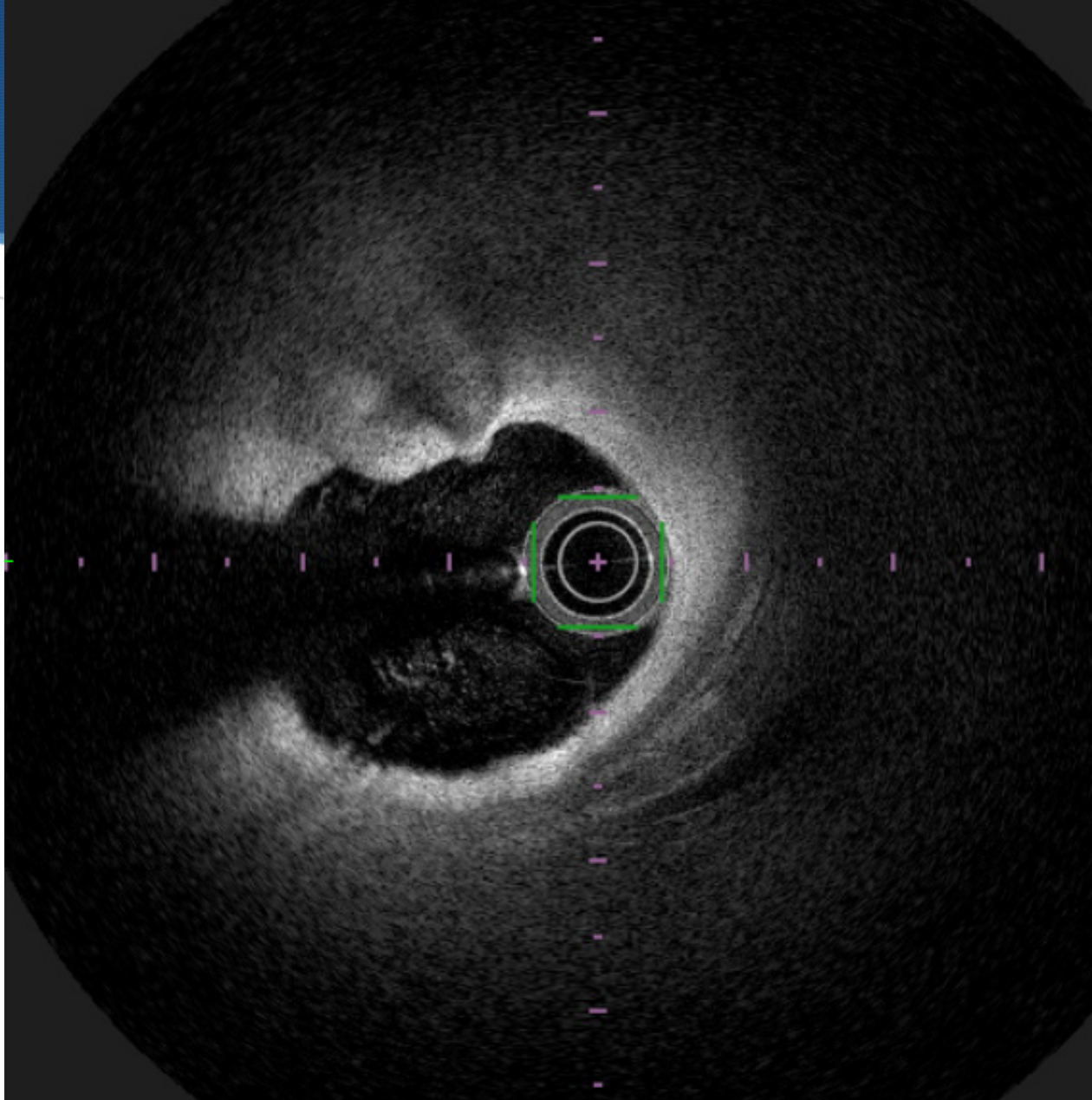
Evolution

- 9/2014: décompensation cardiaque sur surinfection bronchique
 - ECG : ischémie sous épi latérale.
 - Echo: FE 45-50%. Après Coronarographie évoquée, mais non réalisée du fait d'une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine: 24,7 ml/min/1.73 m²)
- 11/2014 : Nouvelle hospitalisation pour dyspnée + modifications ECG en latéral, transféré dans notre centre pour coronarographie . Clairance de la créatinine: 20 ml/min/1.73 m²

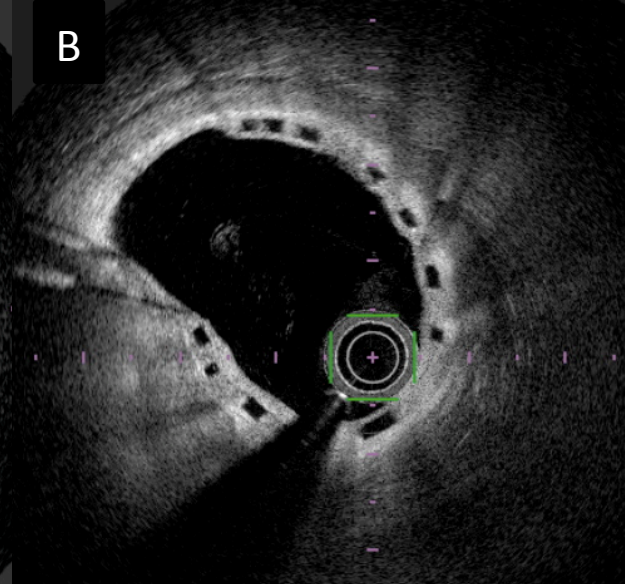
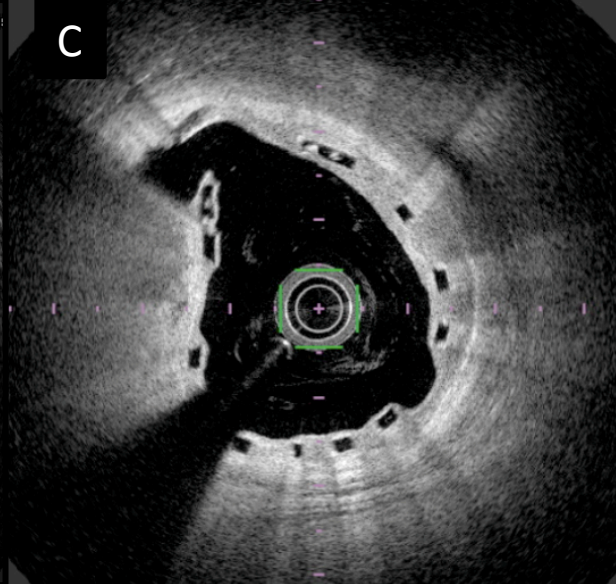
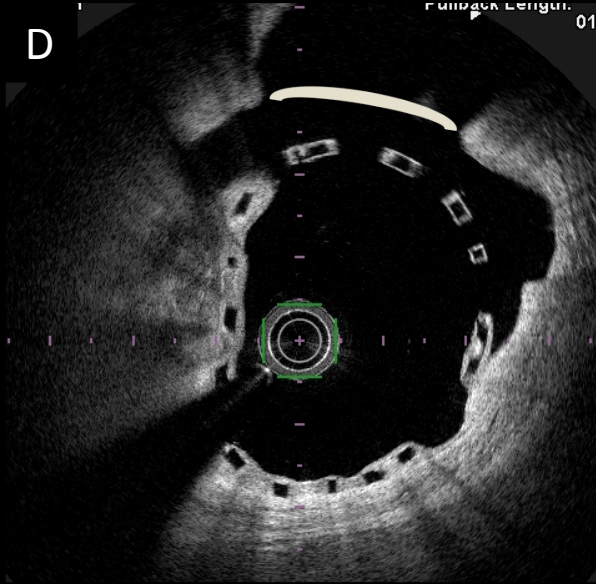
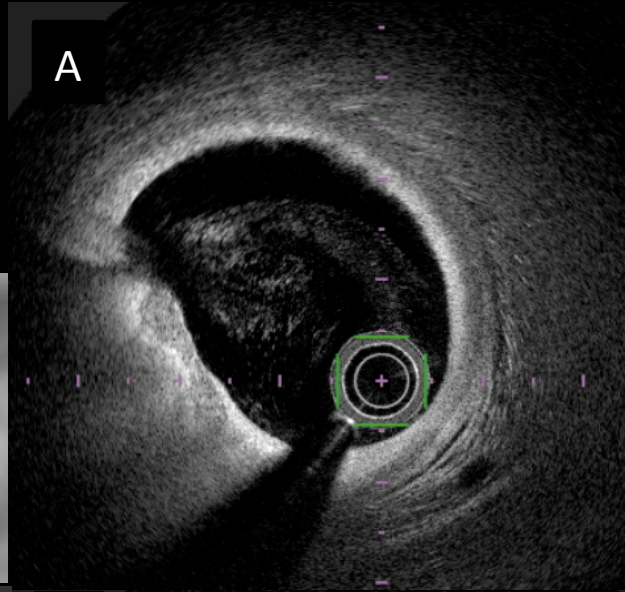
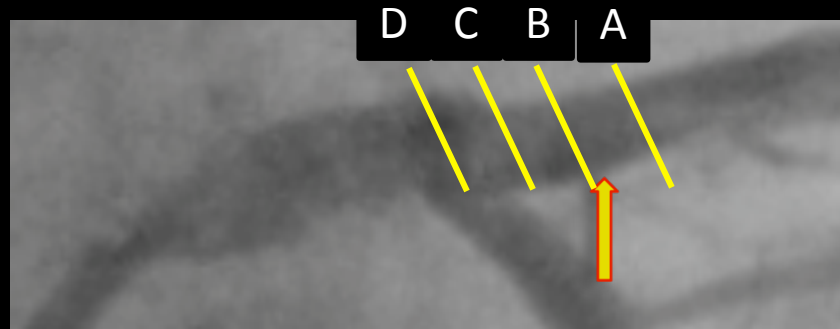
Coro 11/2014



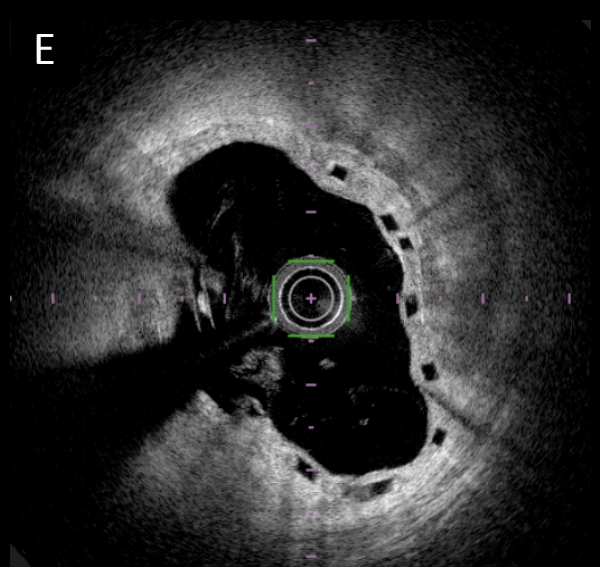
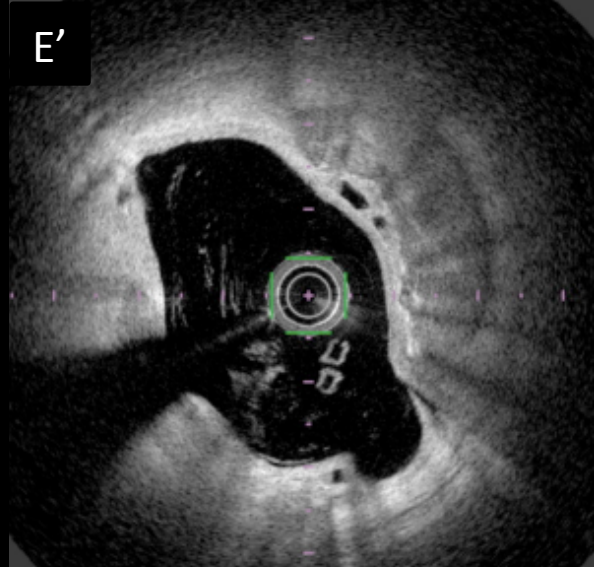
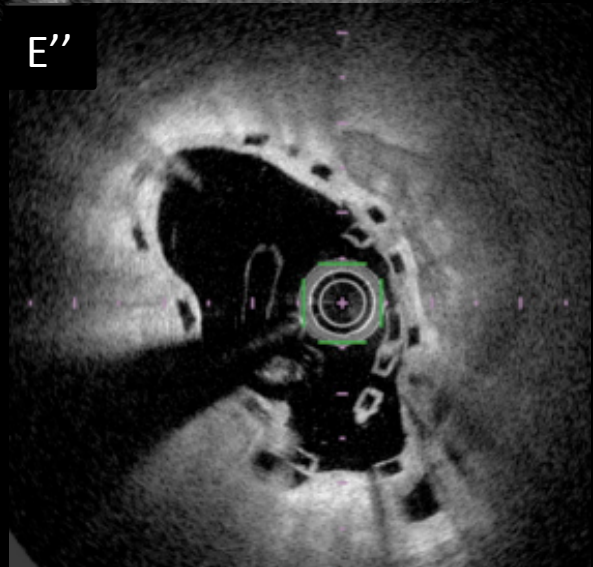
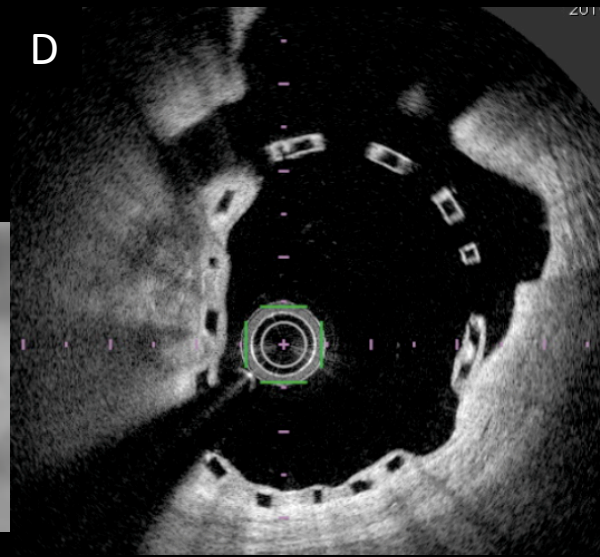
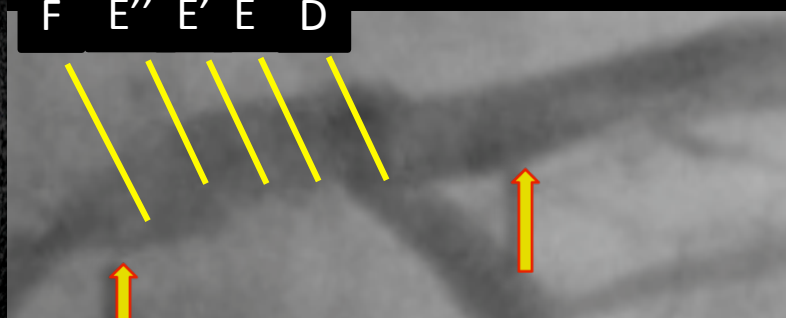
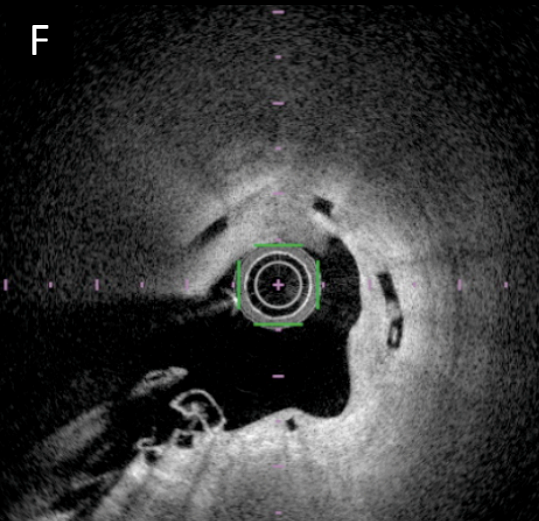
OFDI Pré



OFDI Pré



OFDI Pré

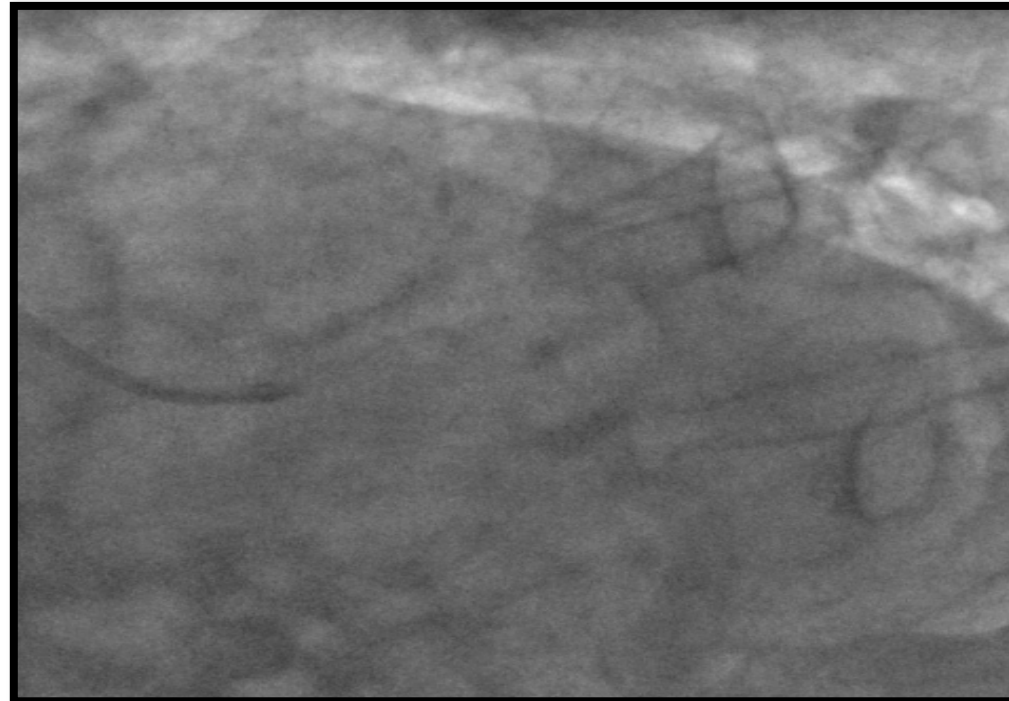
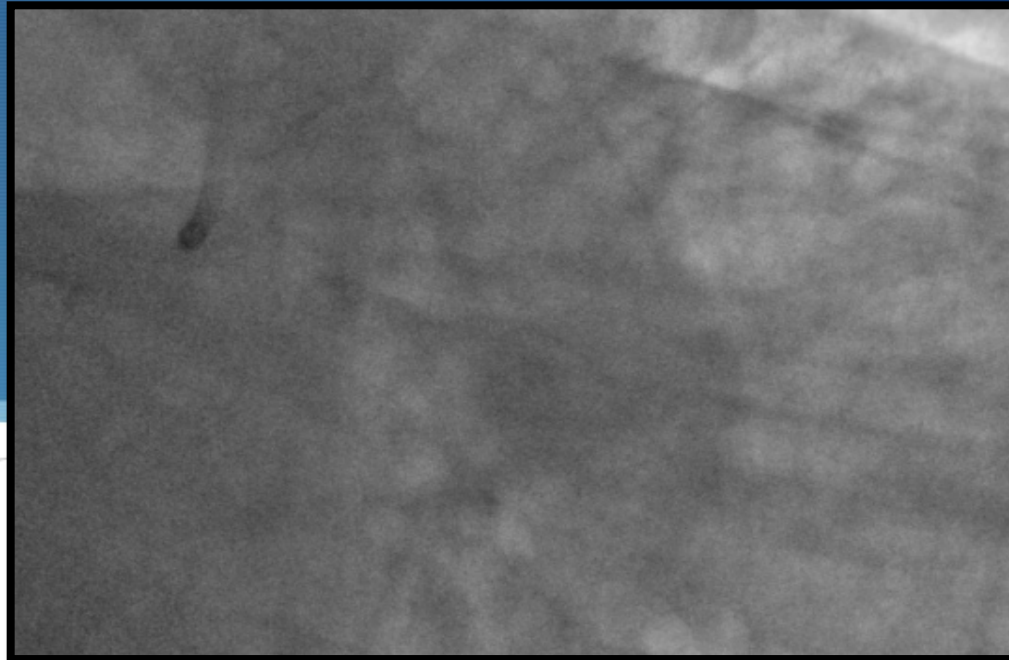


2^{ème} ATL du TC
06/11/2014

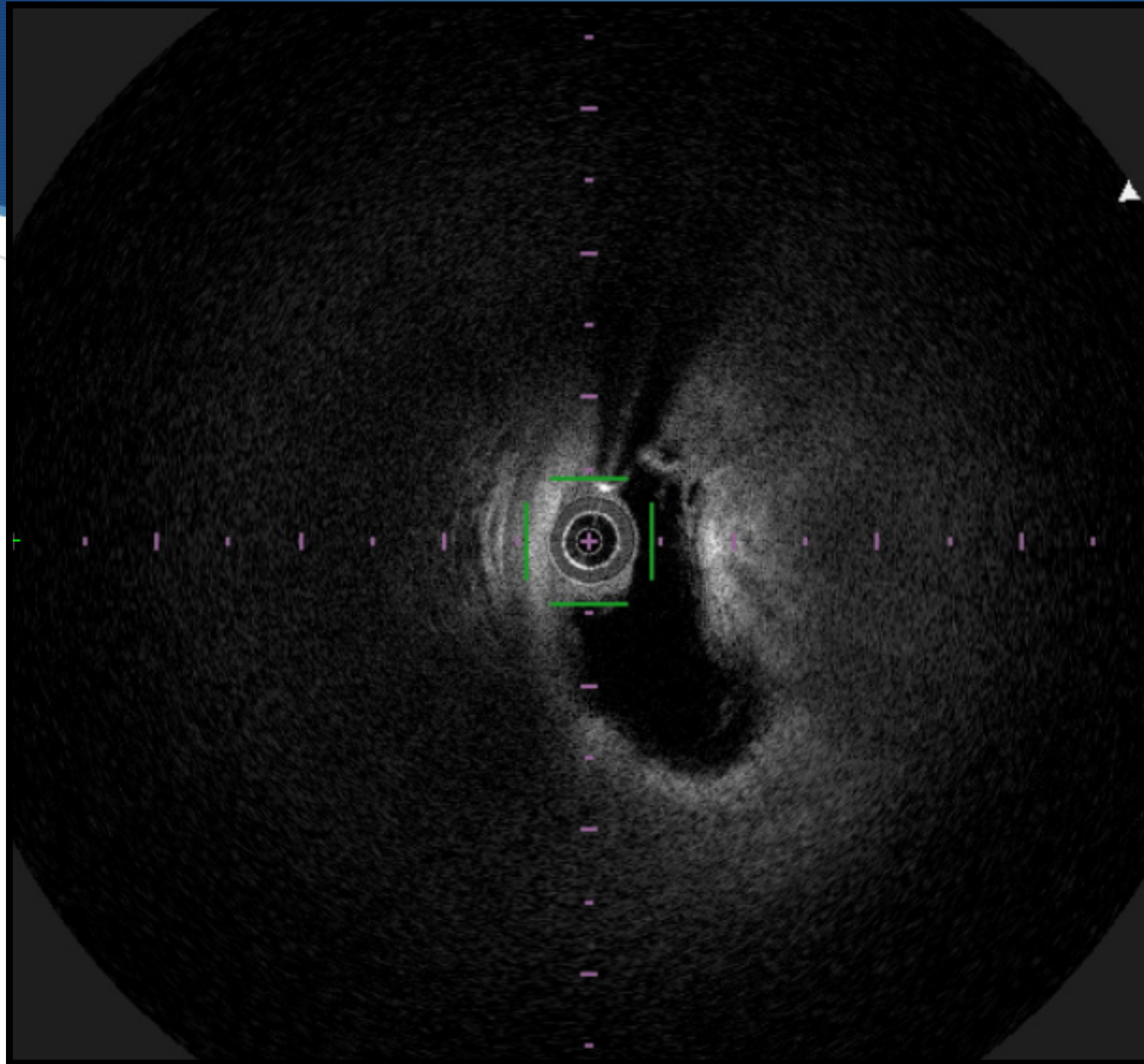
Prédilatation
(ballon 4.0 x 12 mm)

Stent: Resolute
4.0 x 12 mm

Postdilatation
(ballon 4.5 x 12 mm)

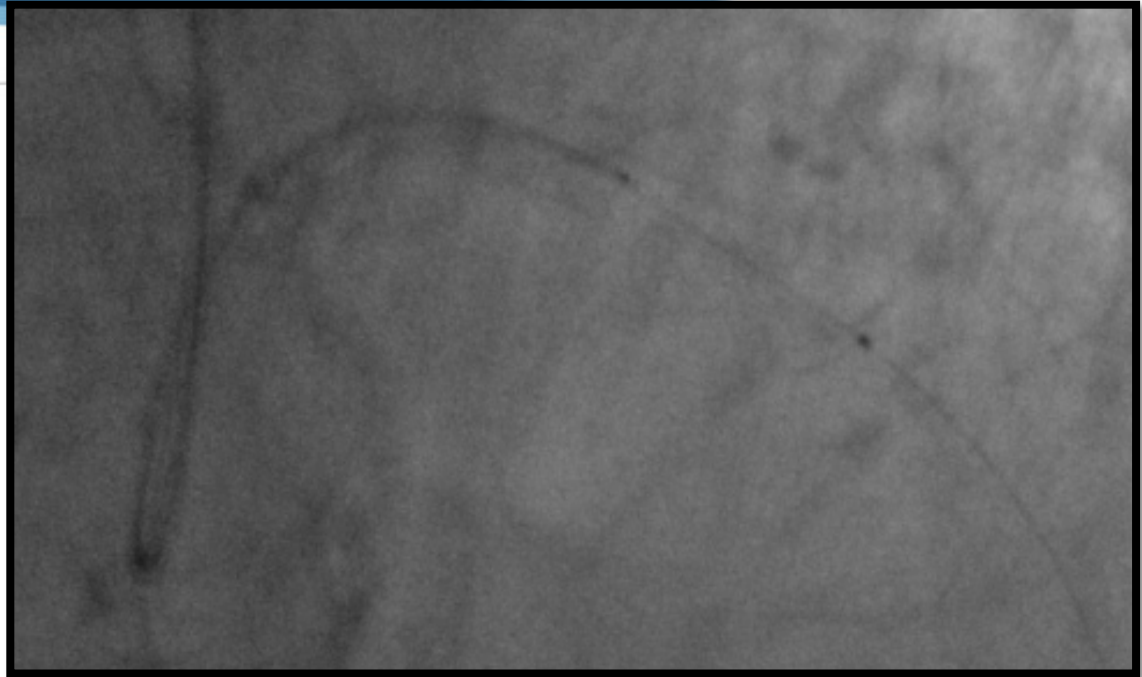


Contrôle après 2^{ème} ATL du TC

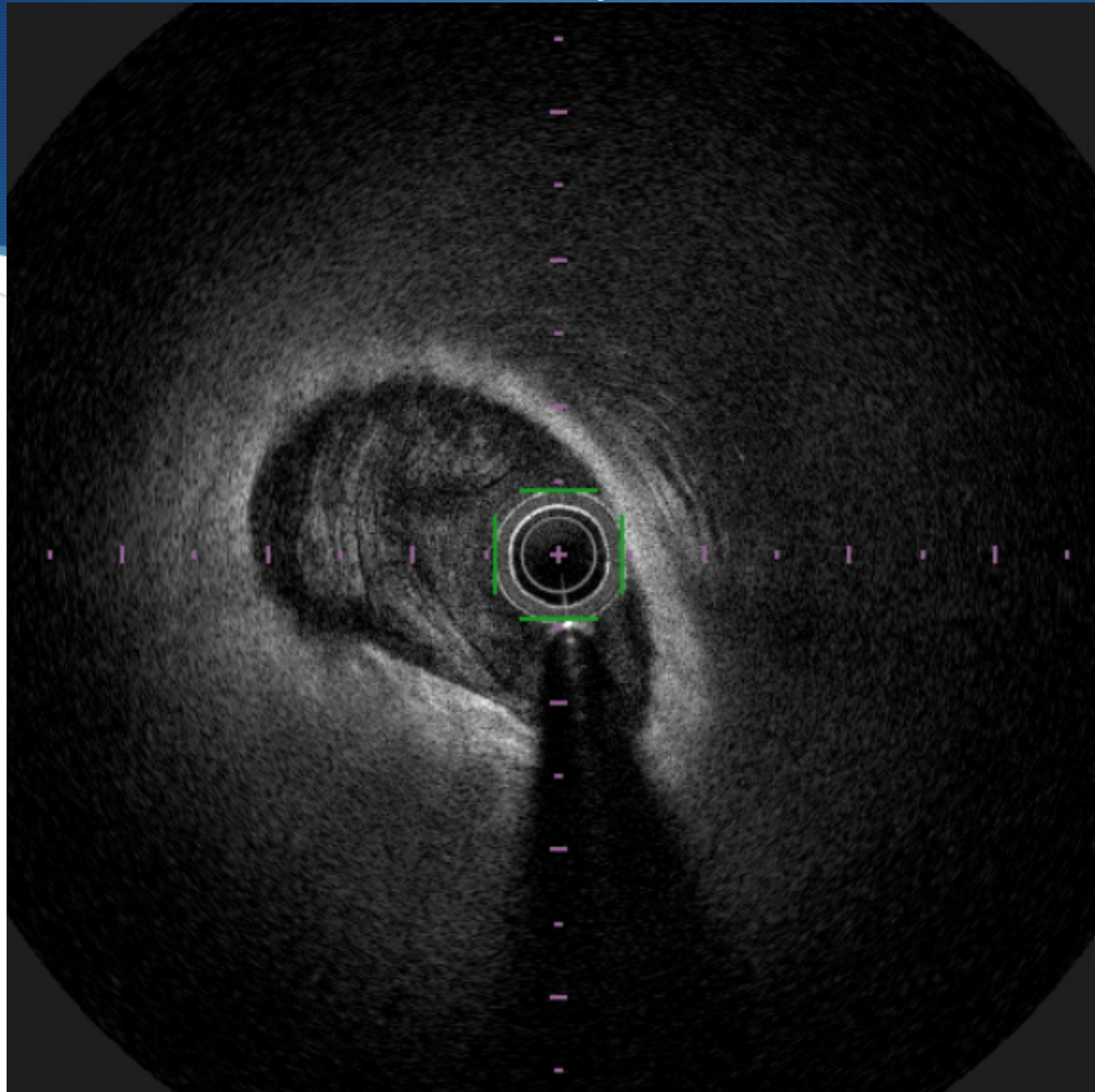


Coro 1/2015

- 1/2015 réhospitalisé pour OAP; pendant l'hospitalisation DT + ischémie sous épocardique antérieure...
- Transféré pour coro

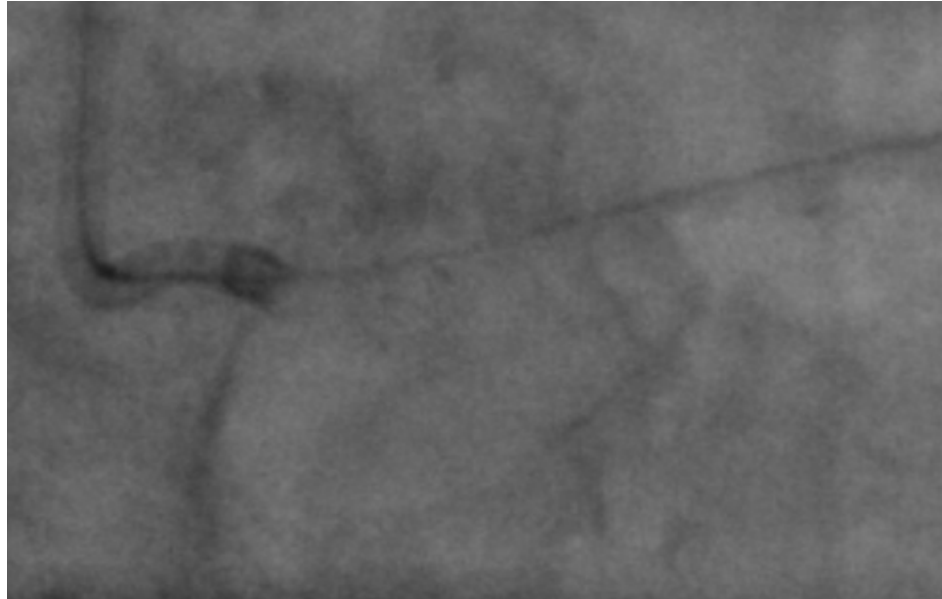
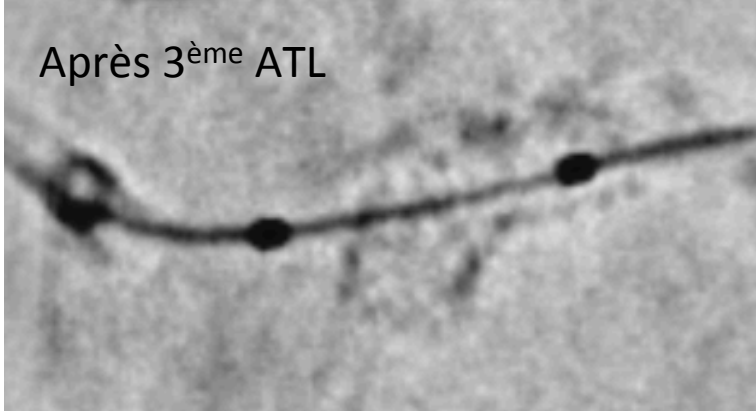
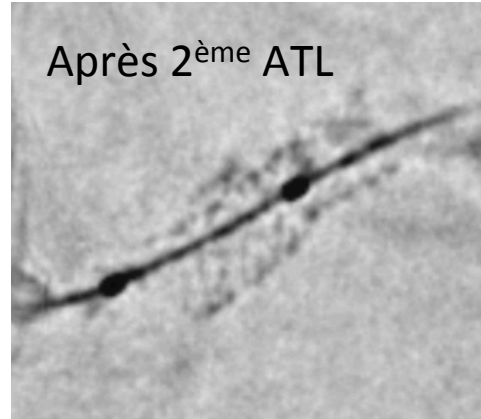


OFDI pré

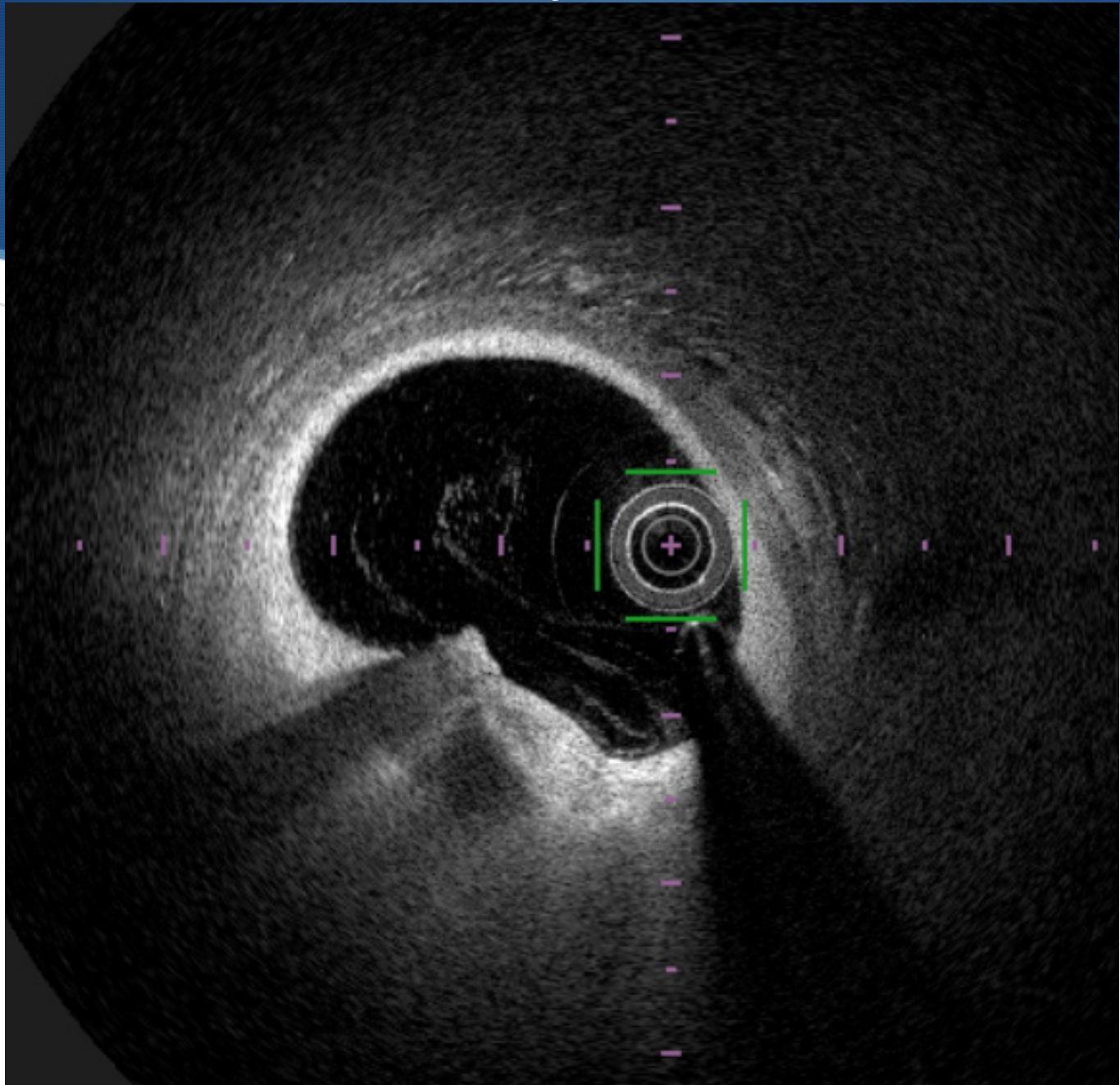


3^{ème} ATL du TC 1/2015

Ballon 4.5 mm

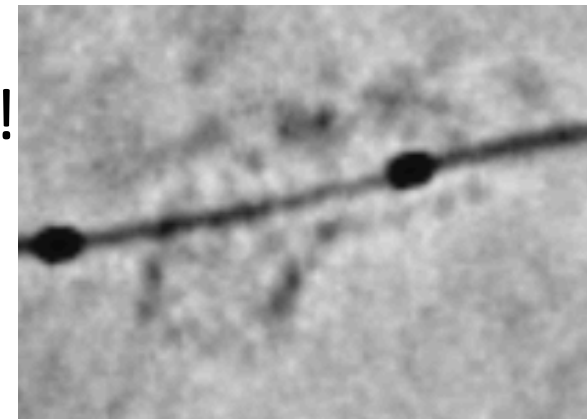
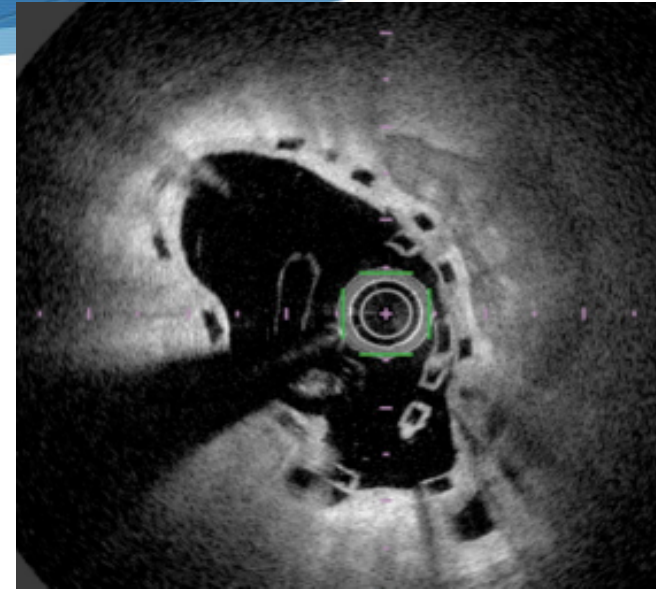


OFDI post



Conclusions

- ❖ Pas d'Absorb sur les lésions du TC!
- ❖ L'OCT reste indispensable pour comprendre le mécanisme d'une « resténose angiographique »
- ❖ En présence d'un stent dans le tronc commun il faut faire attention à l'ostium!





MERCI POUR VOTRE ATTENTION!

