

CTO: Comment j'aurai procédé

Laurent DELORME

Biarritz - 8 juin 2016



75 % de préparation
25 % d'exécution



PLANIFICATION

Bien analyser l'angiographie:

- Plusieurs incidences (profil pour CD), filmer long pour la reprise, incidence/centrage spéciale collatérales
- Évaluer le niveau difficulté (longueur, tortuosités, calcifications, bifurcation (entrée ou sortie))

Salle:

- Limiter irradiation (salle récente, collimater, scopie 7,5 i/s)
- début de programme, compter double/triple d'un créneau normal.

Médecins:

- 2 opérateurs expérimentés dont un désigné clairement comme premier opérateur.
- 1 anesthésiste/IADE

Le patient:

- Information +++ (longueur de la procédure, risques, complications plus élevés, taux de succès plus faible qu'une angioplastie standard)
- Bénéfice attendu en cas de succès
- Hydratation
- Penilex

PLANIFICATION

- Stratégie

→ Stratégie antérograde première maximaliste

Double abord radial droit 6 F et fémoral droit 5 F

KT guide AL 1 6F sonde diagnostic JL 4 5F

Double injection OAG – OAD – PROFIL

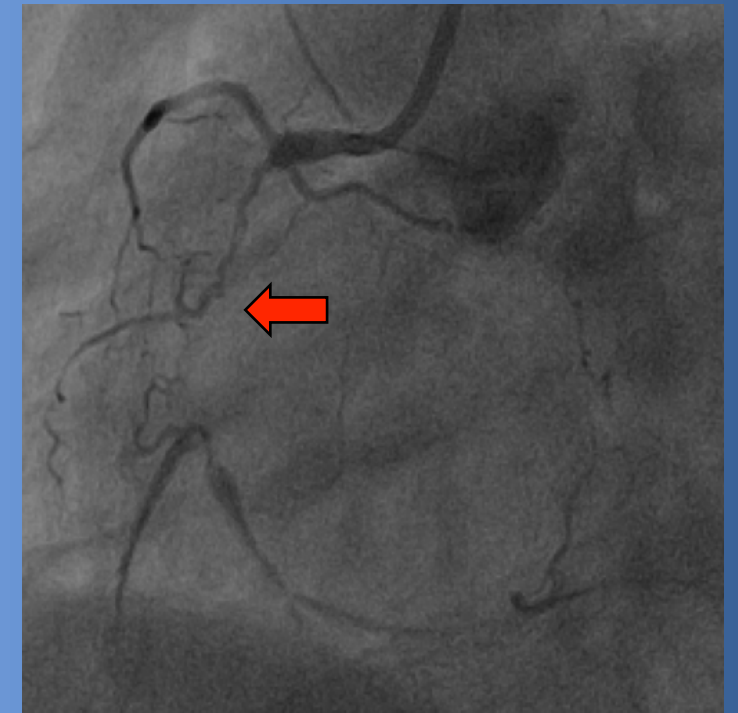
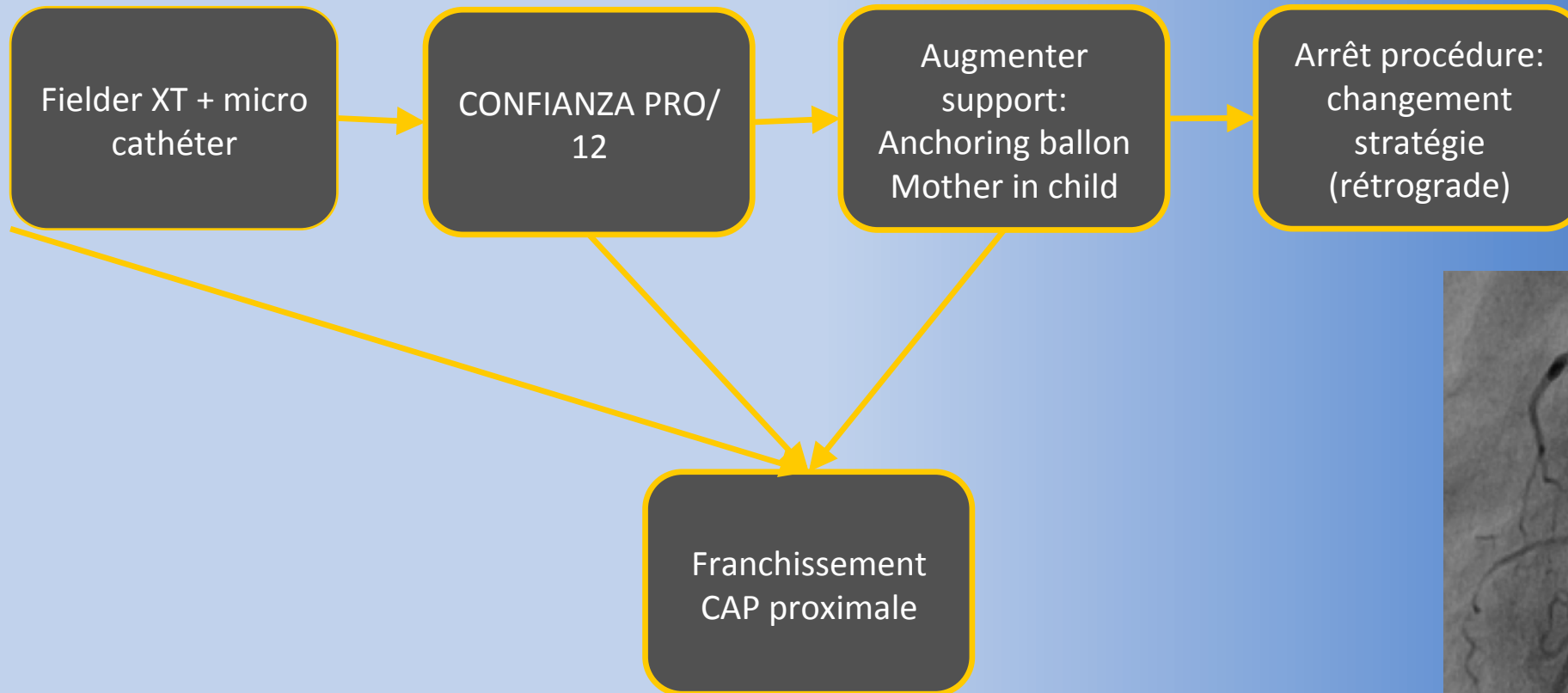
Guide première intention FIELDER XT

Support micro cathéter FINECROSS 130 cm

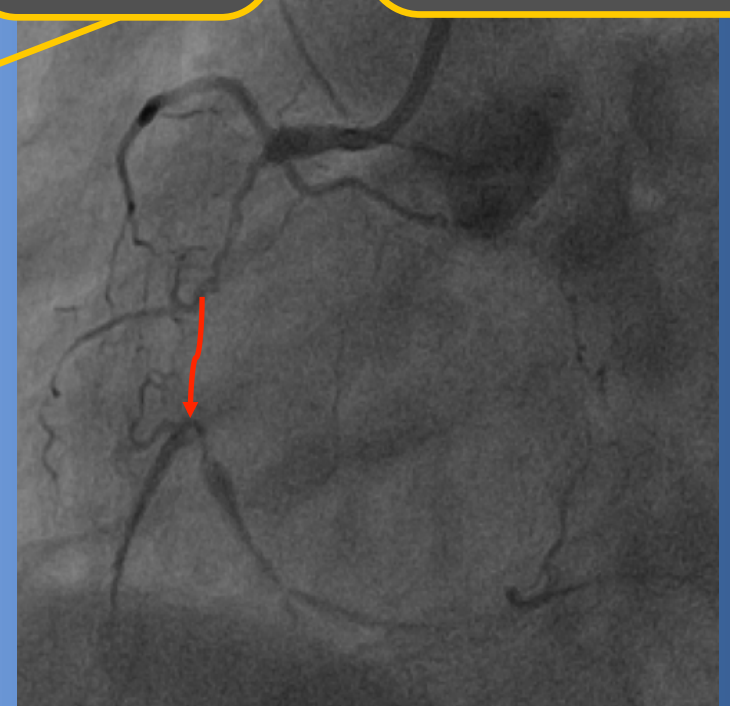
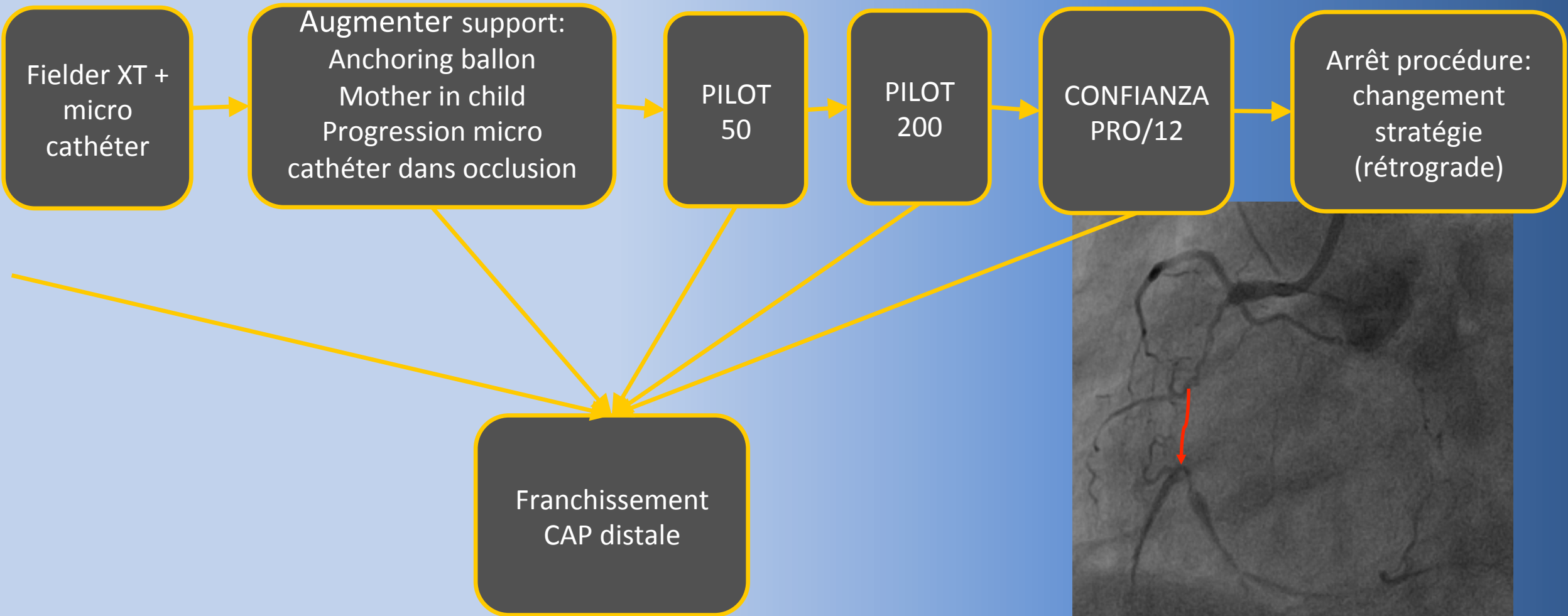
EXECUTION

1. Franchissement CAP proximale
2. Progression au sein de la CTO
3. Franchissement CAP distal en vrai lumière
4. Franchissement matériel de dilatation

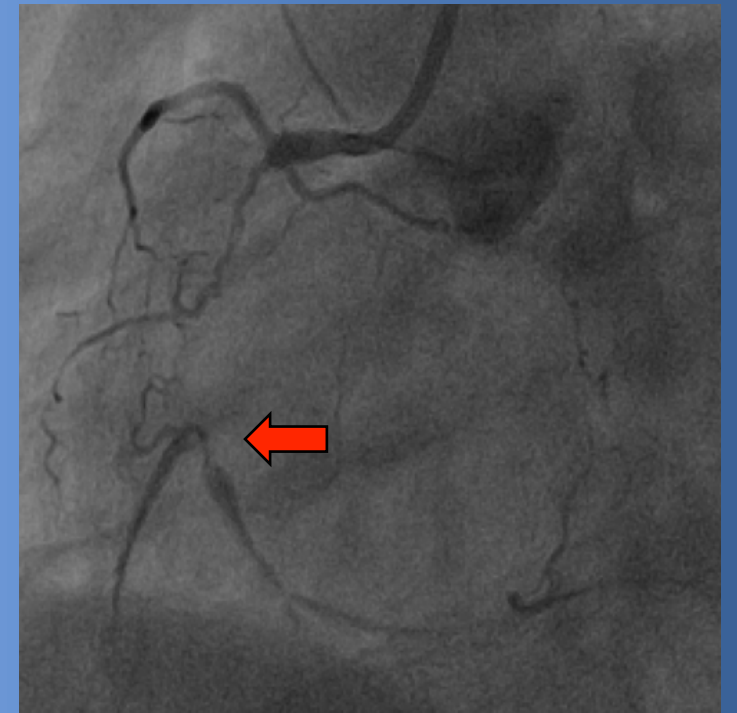
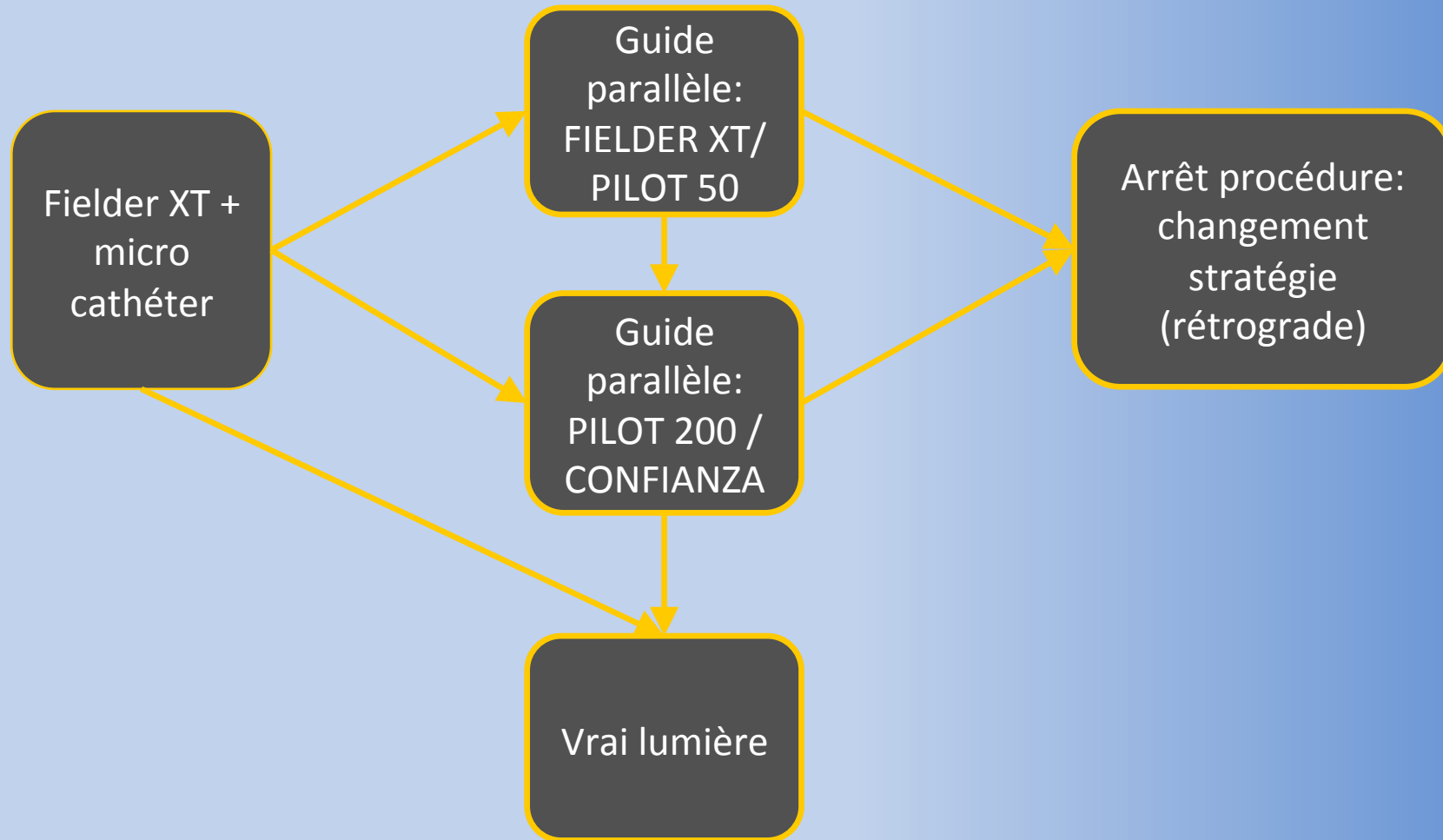
Franchissement CAP proximale



Progression au sein de la CTO



franchissement/récupération vrai lumière



Franchissement matériel

