

Des lésions coronaires rapidement évolutives

Cas clinique

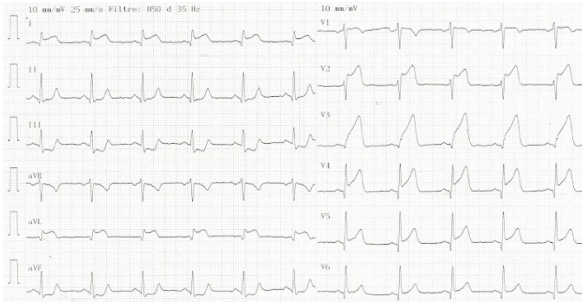
CORRÉ Jérôme
BARBEY Christophe

10 Juin 2016



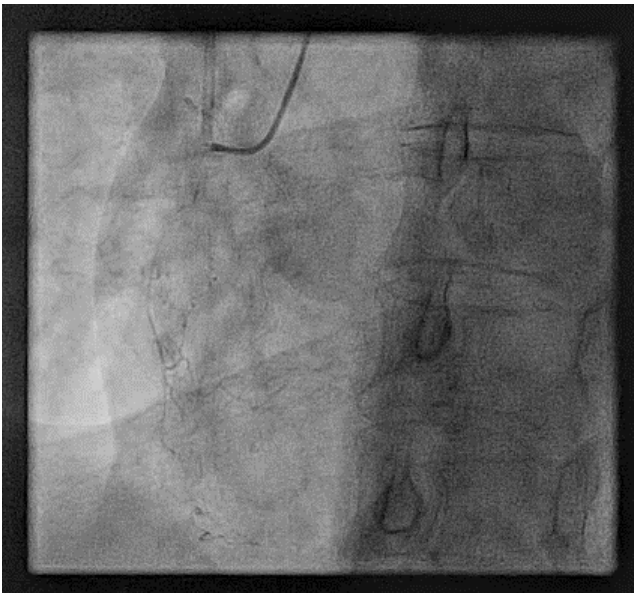
Aucun conflit d'intérêt

- **Femme, 60 ans**
47 kg, 157 cm
- **FDRCV :**
 - HTA
 - sédentaire
- **Tabac = 0**
- **OH=0**
- **toxiques=0**
- **Néoplasie mammaire Dte (2004) avec récurrence (2014) et métastases osseuses (2015)**
 - mammectomie
 - radiothérapie
 - chimiothérapie (Arimidex)
 - hormonothérapie (**avastin, janv 2015**)



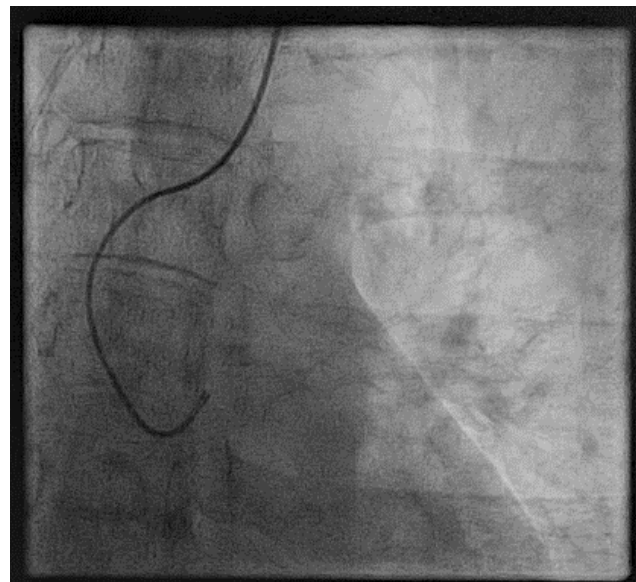
30/12/15 :
SCA ST + antérieur

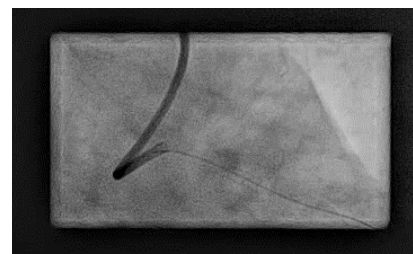
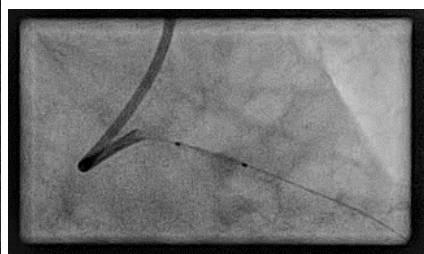
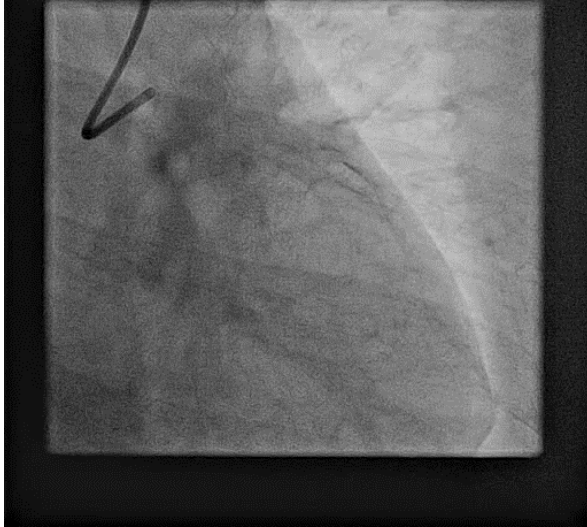
Coronarographie (H+3)



Voie Radiale Gauche

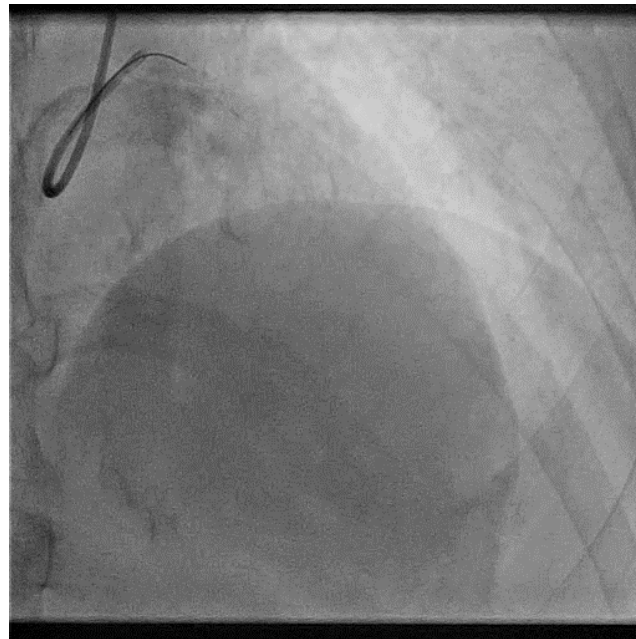
- CD dominée : plaque proximale NS
- **Beau réseau Circonflexe et TCG**
- Occlusion aigüe de l'IVA proximale (TIMI flow 0-1)





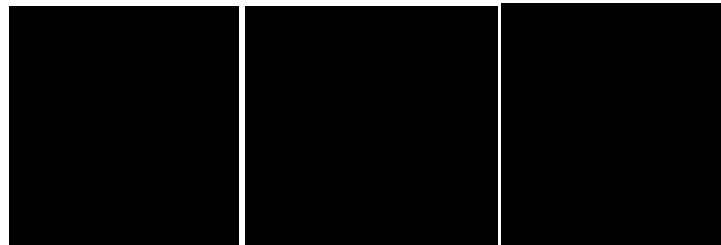
⇒ **Occlusion aigue (H+3)
de l'IVA proximale**

- > Guiding : **XB 3.0 6F**
- > Guide : **BMW**
- > **Direct stenting**
(Xience 3.0 x12 mm)



Résultat final

- > 1 stent actif IVA proximale
FEVG 40-45%
- > Réadaptation ≈ 2 semaines
- > TTT médical optimal



aspirine 75
ticagrelor 90 mg x2
atorvastatine 80 mg
ramipril 2,5 mg
bisoprolol 2,5 mg
eplerenone 25 mg
esomeprazole 20 mg
L-thyroxine 100 µg
paroxétine 20 mg
arimidex 1 mg

-> Arrêt de **l'AVASTIN** : 1 injection IVL toutes les 2-3 semaines

Thérapie ciblée anti-angiogénique = anticorps monoclonal anti-VEGF :
AC se lie au Facteur de croissance vasculaire et empêchant la fixation aux
récepteurs des cellules cancéreuses

- **limite la régénération de la cellule endothéliale**
- **diminution de NO et prostacycline**
- **dysfonction endothéliale**

- effets indésirables potentiels :

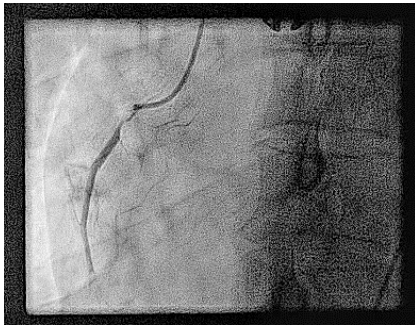
. neutropénies fébriles . neuropathies sensorielles

. CV : HTA, thromboses artérielles (rares), IC

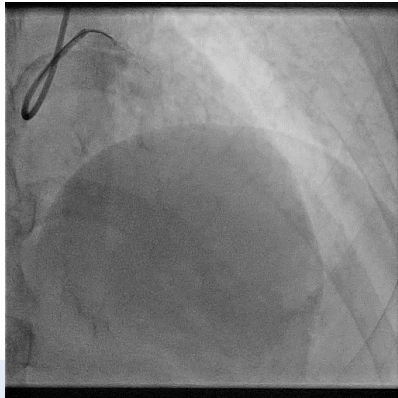
- 1 cas de vasospasme artériel décrit avec l'association **5FU-irinotecan-bevacizumab**

26/2/16 (2 mois après)

=> **Récidive SCA ST-** (DT typique
effort 15 min, ECG RAS, troponine +)



Examen du 30/12/15



Instabilité de la lésion de l'IVA moyenne ?

Resténose précoce ?

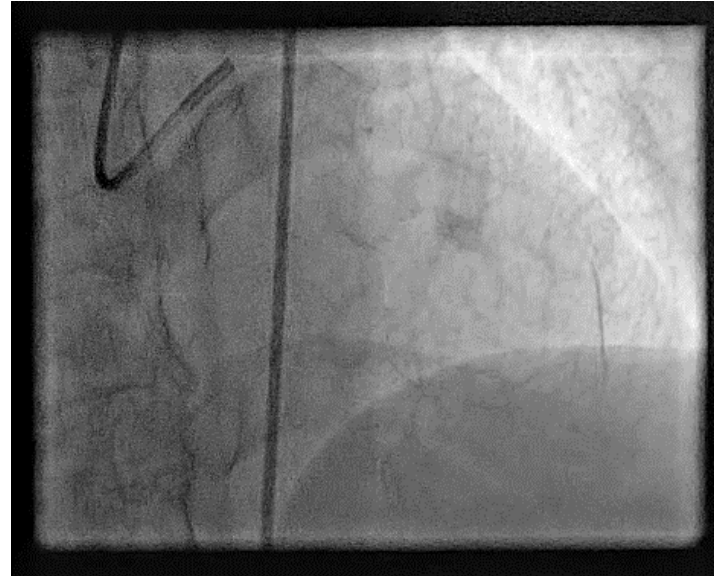
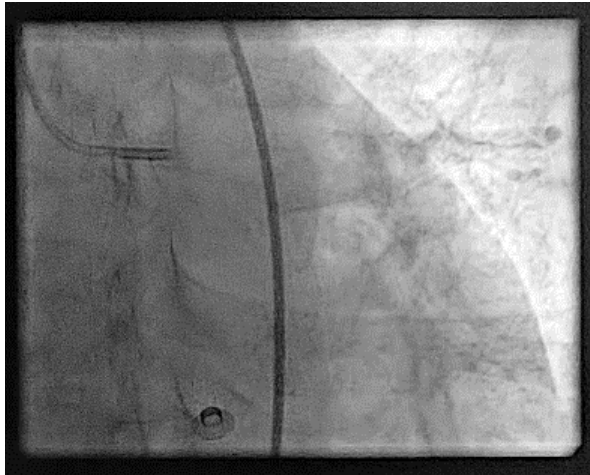
Thrombose de stent ?



Risordan -> 4 mg I.C.
Verapamil -> 1 mg I.C.



Aucun résultat



Hypothèses ?

- Hématome spontané extensif ?
- Spasme diffus réfractaire au traitement vasodilatateur ?
- Autre ?

Conduite à tenir ?

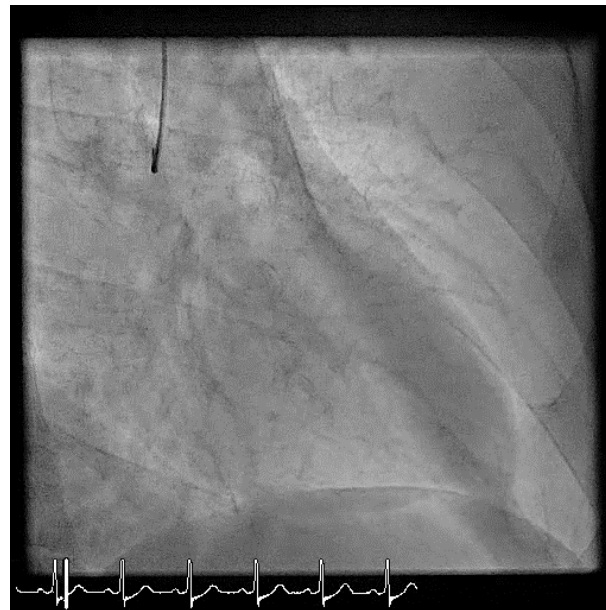
Court terme ? Moyen terme ?

-> Arrêt de la procédure
-> Switch Bisoprolol >> Verapamil + Patch trinitrine
Et ... ????

OCT ?

28/3/16 (3 mois après)

=> 2^{ème} Récidive SCA ST-



???????

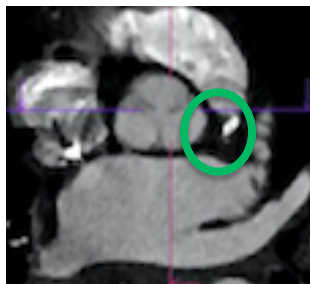
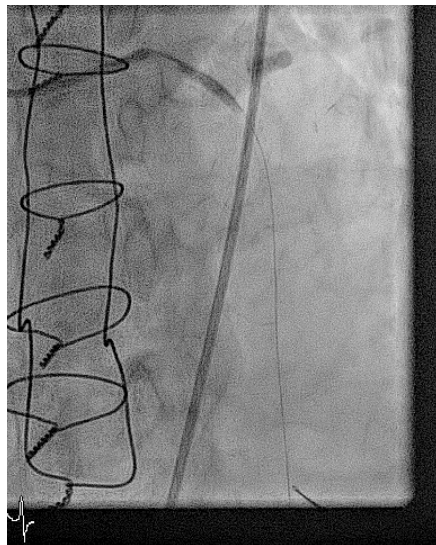
Artérite ?

- Angio-TDM : pas d'image évocatrice d'aortite
- Pas de syndrome inflammatoire biologique

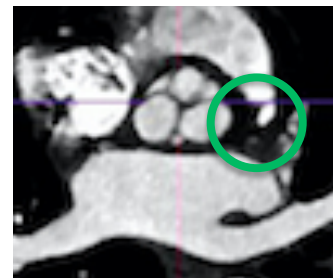
-> **Pontage aorto-coronaire** : IVA (MIG) + Marginale (MID) 1/4/16

21/4/16 (4 mois après)

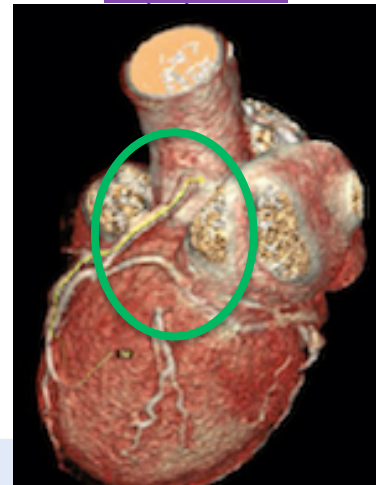
Coro-TDM n°2 Coronarographie n°4+ OCT



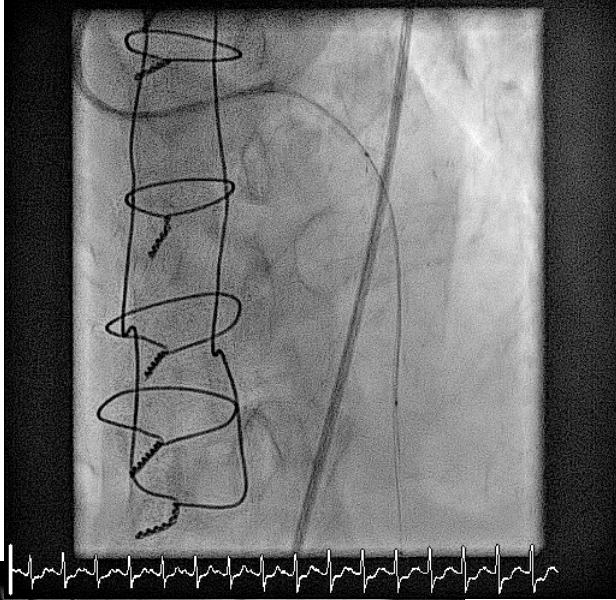
4/3/2016



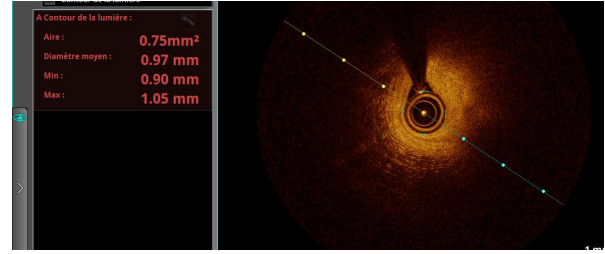
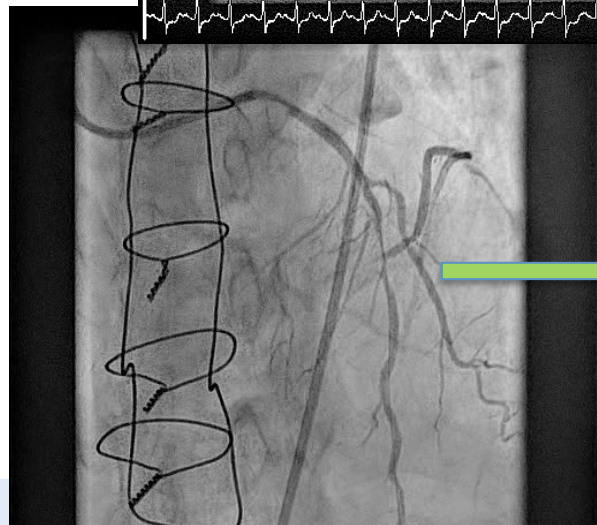
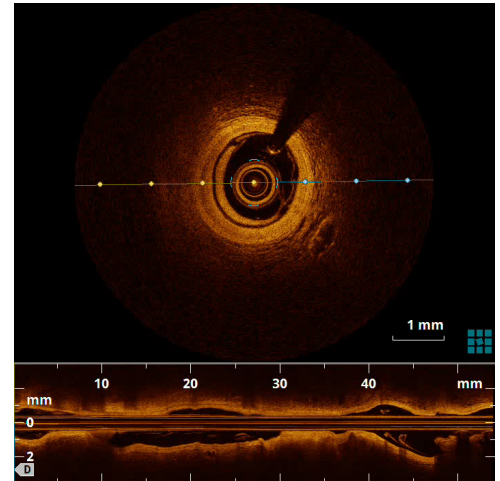
29/3/2016



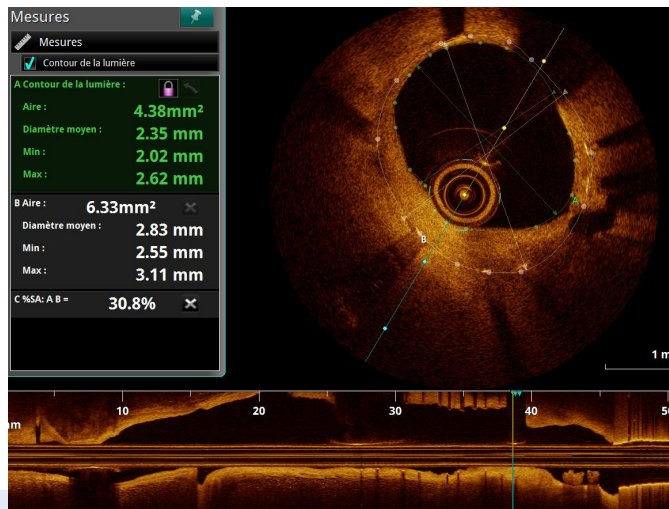
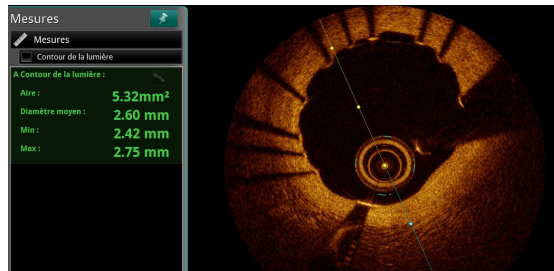
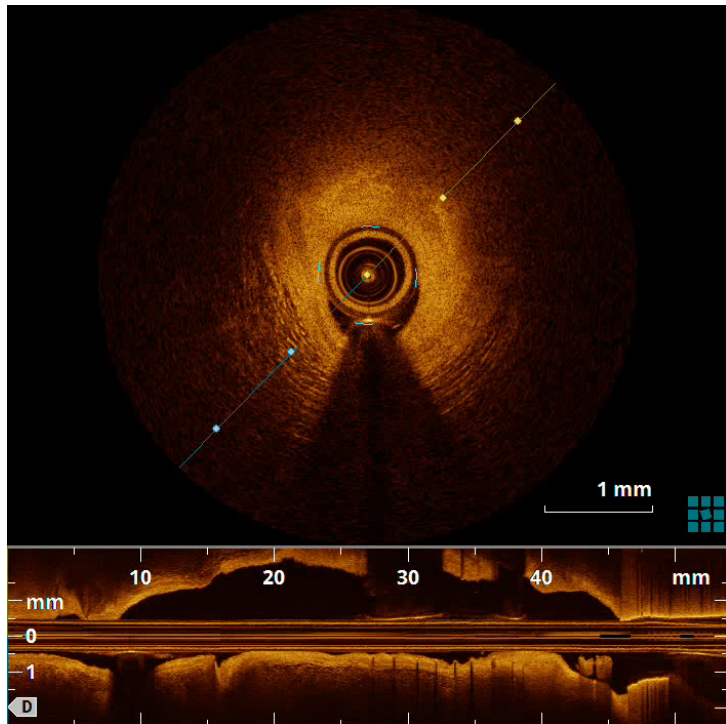
=> Occlusion de la Cx



OCT IVA moyenne

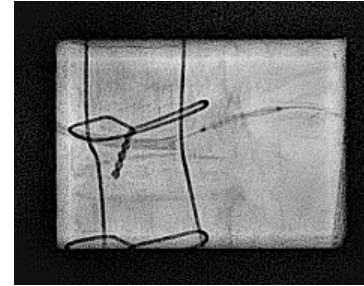
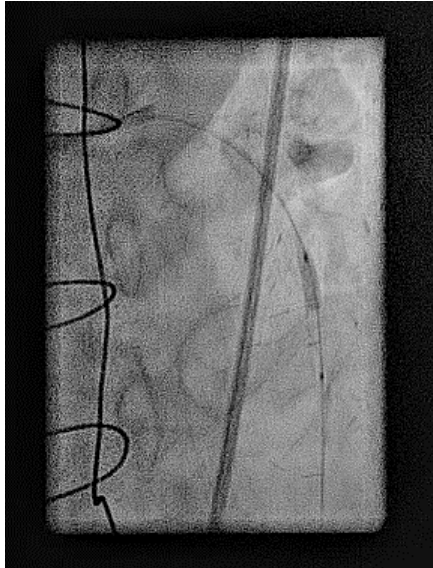


OCT IVA proximale - TCG

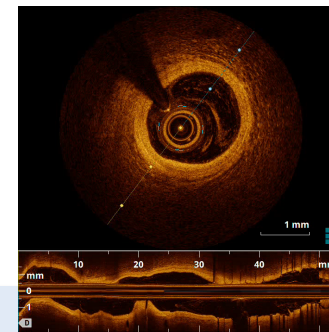
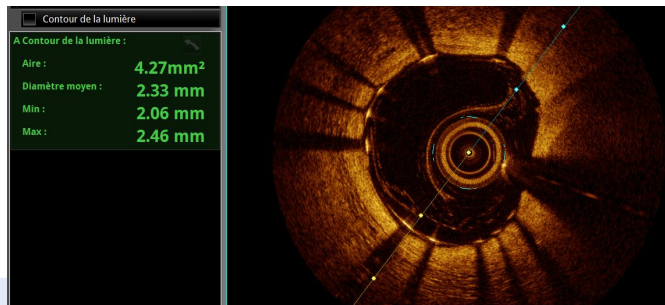


-> Angioplastie + stent actif de :
IVA moyenne Xience 2.5 x18

TCG Xience 3.5 x15



OCT post-angioplastie



Cas clinique intéressant

Lésions coronaires rapidement évolutives
liées à infiltrat de la paroi vasculaire : sans dissection

⇒ « **coronarite** »

⇒ étiologie indéterminée ?

-> intérêt de l'imagerie endocoronaire

MERCI