

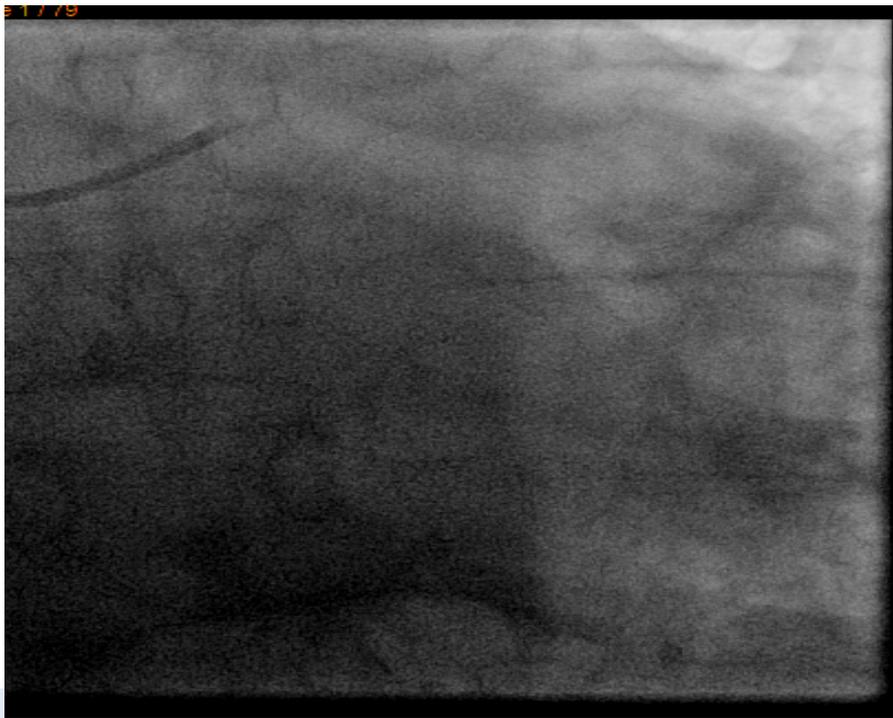
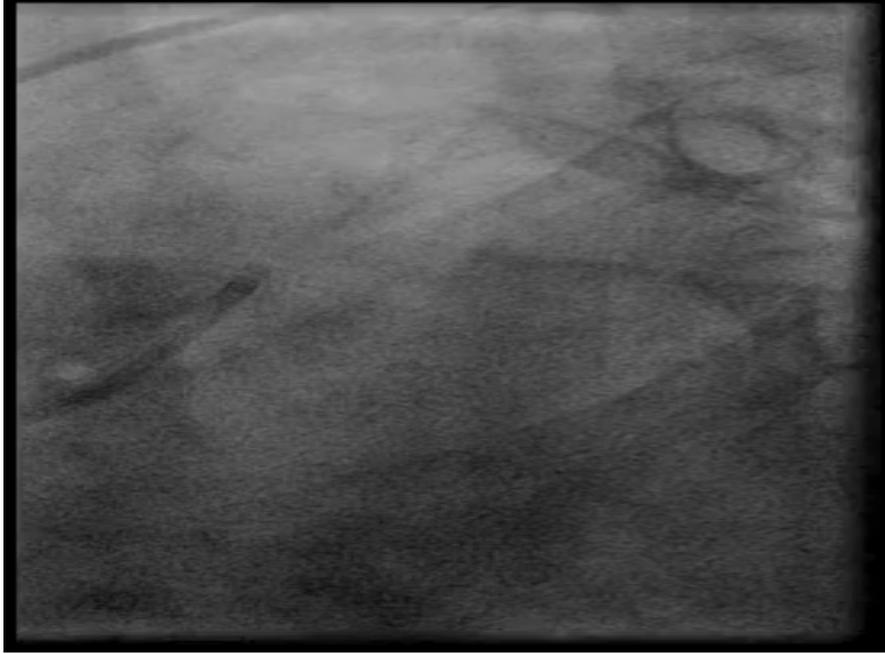
Prise en charge d'un anévrisme de l'artère circonflexe

Dr BOUKANTAR Madjid, Pr TEIGER Emmanuel
Cardiologie interventionnelle
CHU Henri Mondor, Créteil



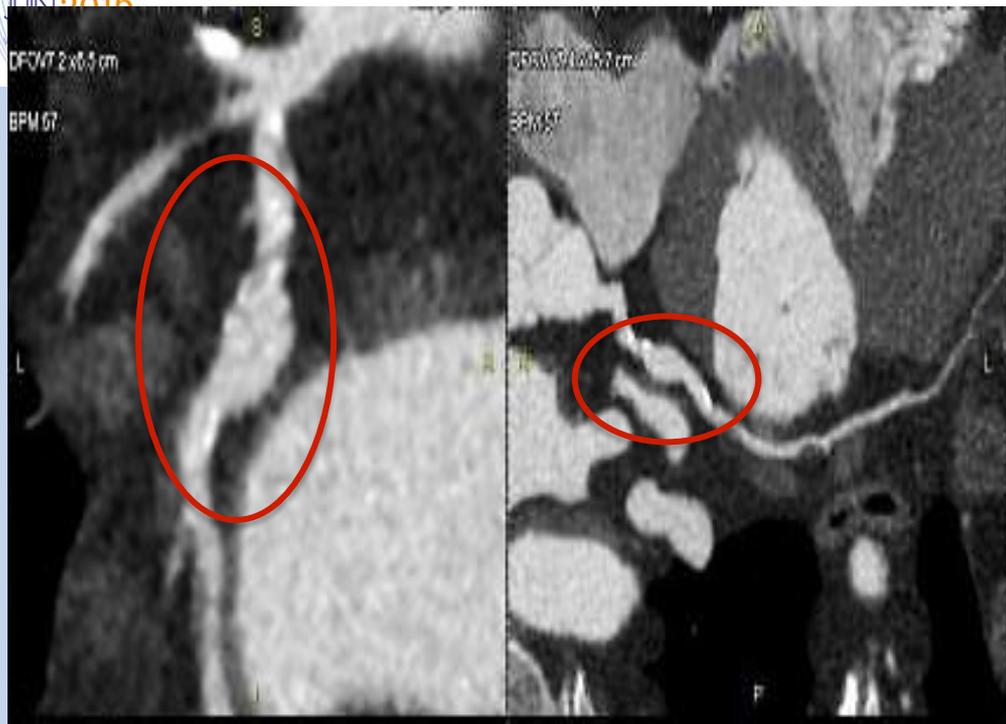
Anamnèse

- Homme de 53 ans
- Antécédents:
 - Anévrisme de l'aorte abdominale (52mm)
 - Polyarthrite rhumatoïde
- FDRCV : dyslipidémie, obésité (IMC 33)
- Test d'ischémie : ischémie antérieure 3/17 et ischémie inféro-latérale et inférieure 4,5/17, FEVG 47%

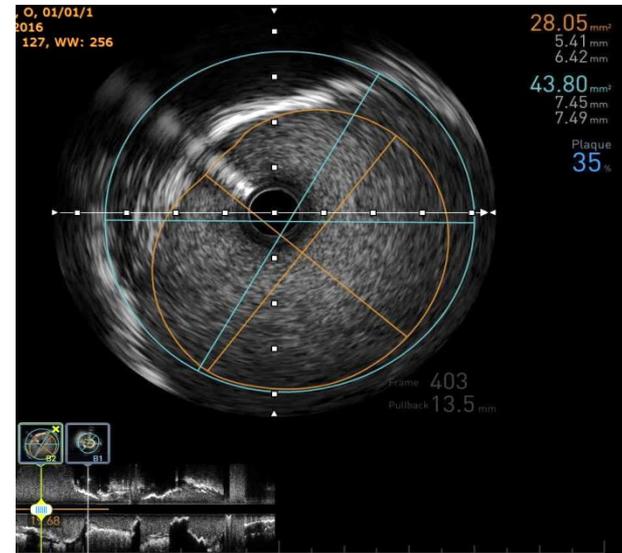
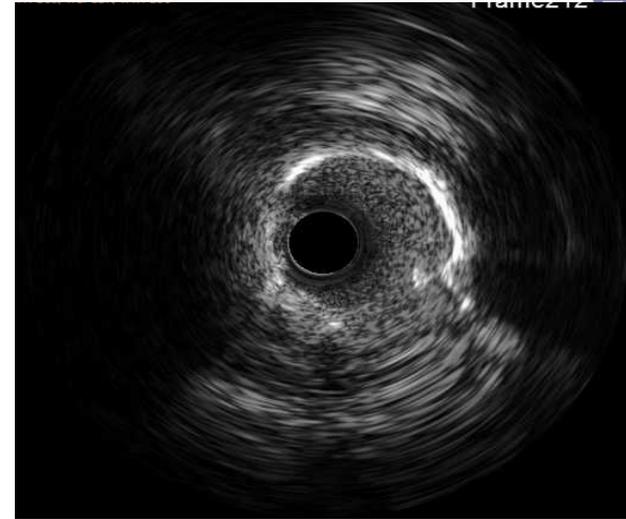
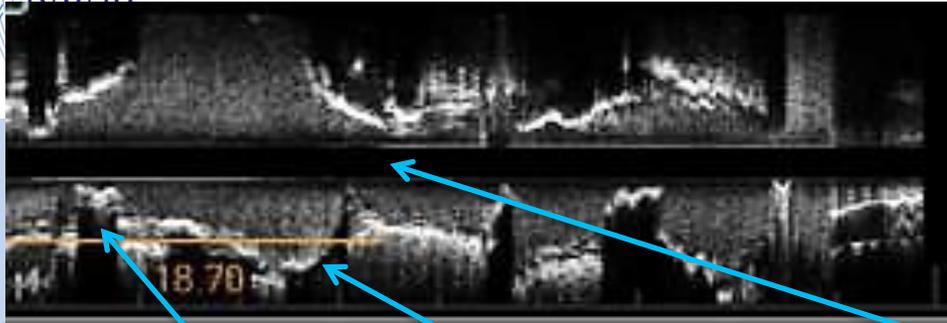


Stratégie thérapeutique

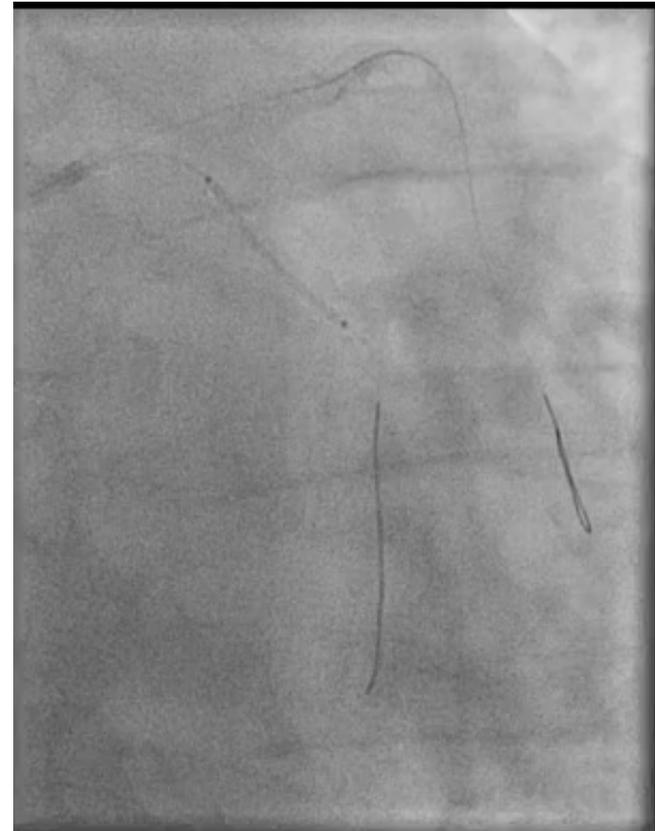
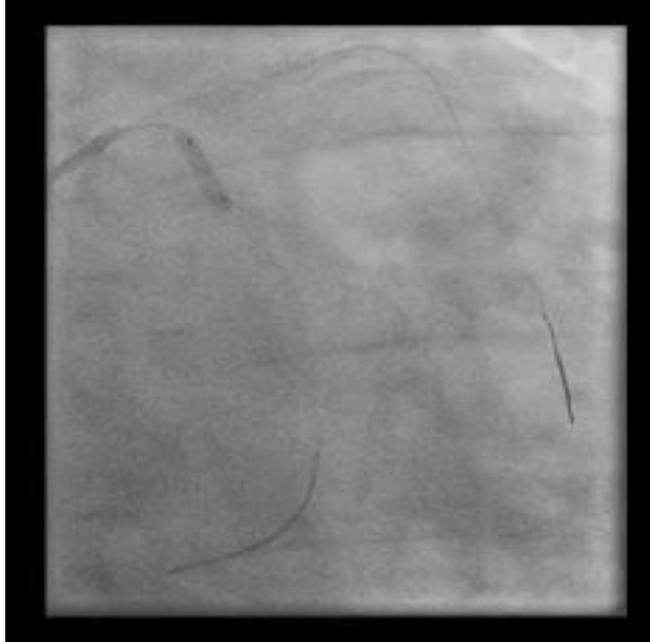
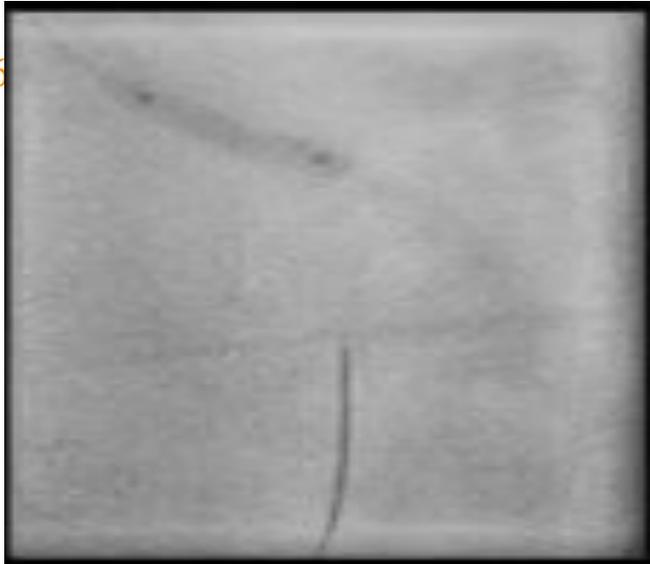
- Traitement médical ?
 - Revascularisation chirurgicale ?
 - Revascularisation percutanée ?
 - Stent standard ; stent couvert ; stent autoexpandable.
- Complément d'imagerie par coro-TDM
- Revascularisation percutanée complète: ATL IVA + ATL Cx guidée par imagerie endocoronaire (IVUS) avec exclusion de l'anévrisme par un stent couvert (stent Begraft)



- Plaque longue de l'IVA proximale réalisant une sténose intermédiaire de l'ordre de 50-69%.
- Plaque mixte de la circonflexe proximale, étendue sur 15mm de longueur depuis l'ostium jusqu'au collet proximal de l'anévrisme et réalisant une **sténose serrée juste en amont du collet proximal. Anévrisme non thrombosé de la circonflexe proximale mesurant 7 mm x 7 mm étendu sur 15 mm de longueur.** En aval immédiat de l'anévrisme, plaque calcifiée non sténosante.



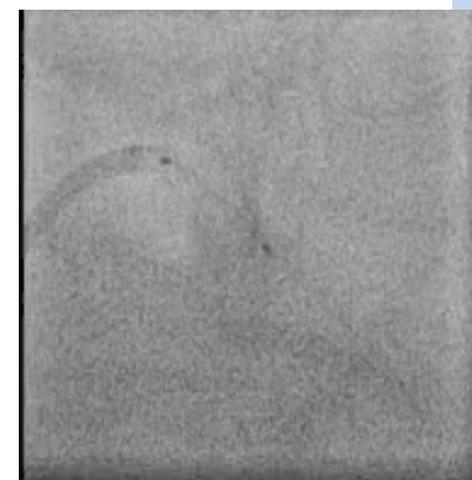
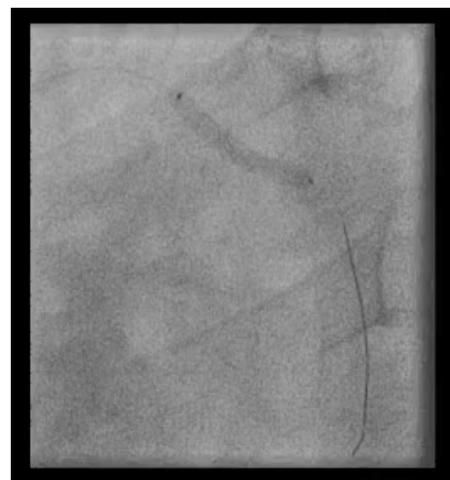
- Sténose calcifiée à l'entrée de l'anévrisme : MLA 3,06mm²
- Sténose calcifiée en sortie d'anévrisme: MLA 4,02 mm²
- Longueur de la zone à couvrir : 19mm



- 1- Voie radiale droite 6F; EBU 3,75
- 2- Pré-dilatation
- 3- Echech de franchissement du stent

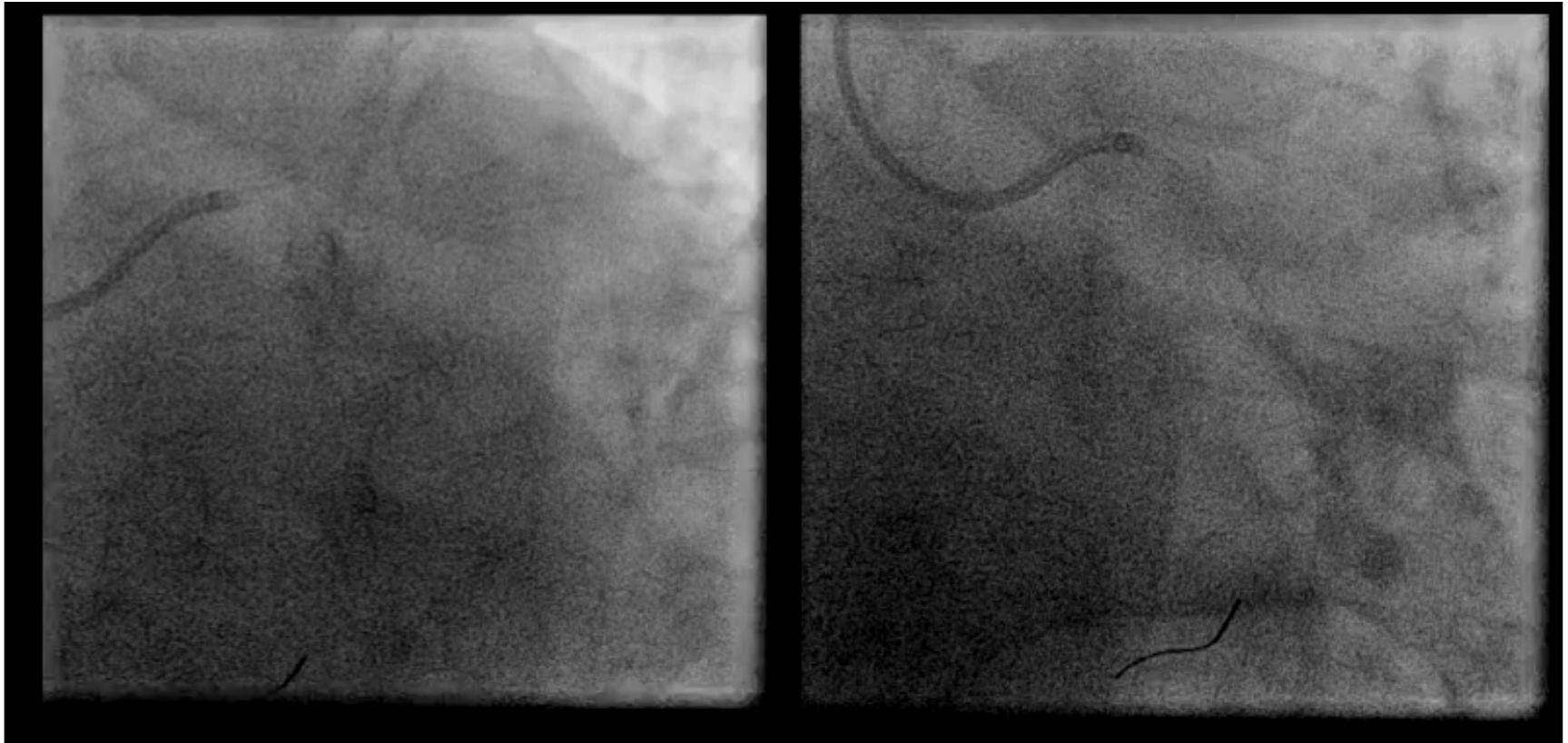


- Echange pour une AL2 sur le guide BMW
- Franchissement de la lésion
- ATL stent BeGraft 3 x 21 mm (18ATM)
- ATL Cx proximale Biomatrix 3,5 x 14mm

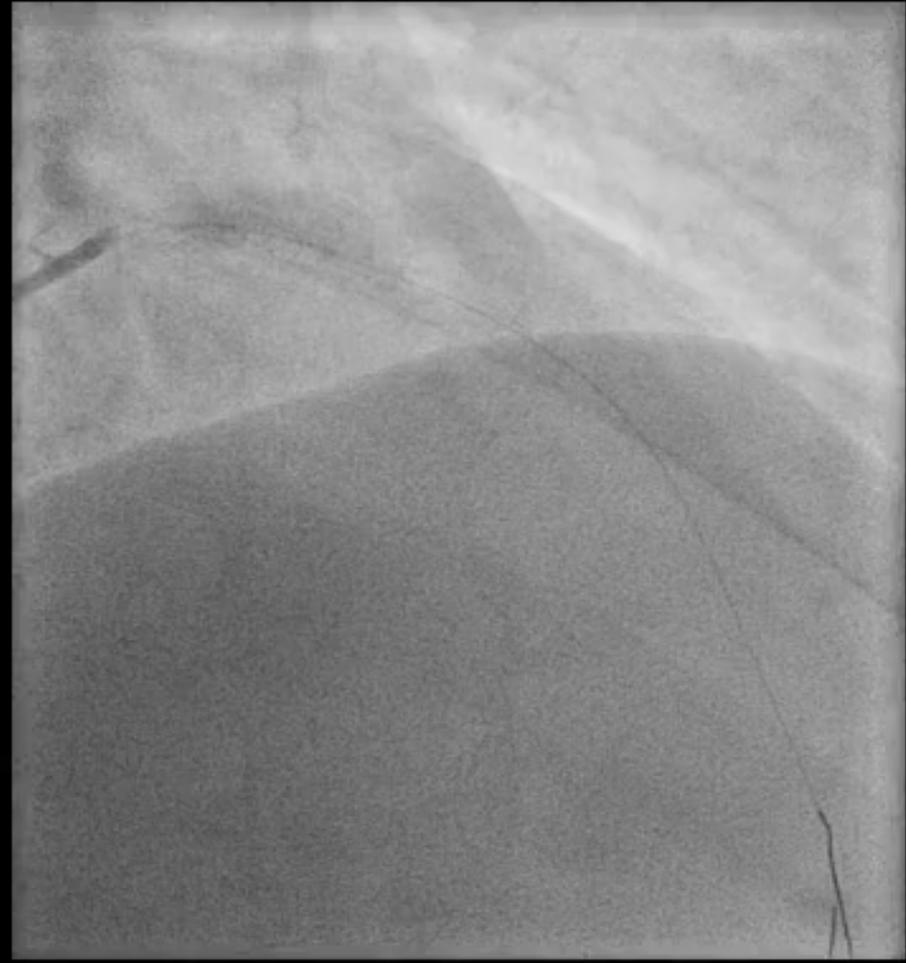
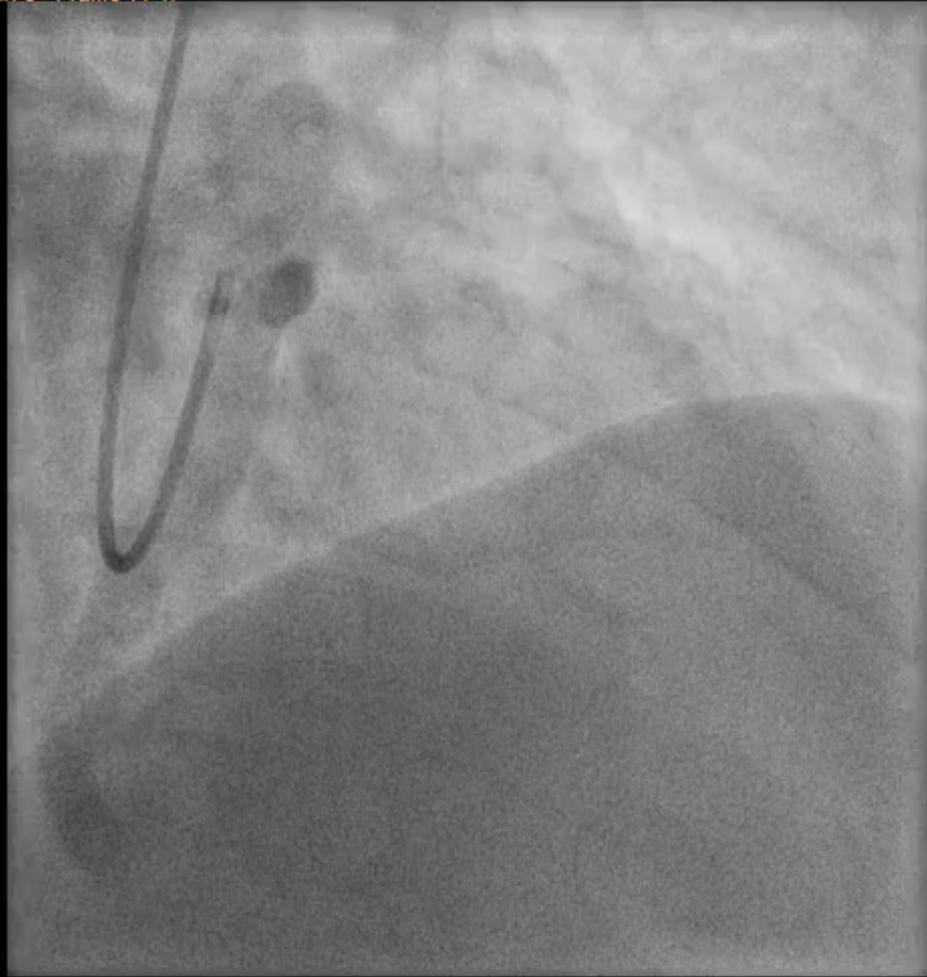


- Guidezilla
- Nouvelle pré-dilatation
- Echec de franchissement du stent

Résultat



Run 6 - Frame 1 / 47



Points à retenir

- Lésions rares, principalement en rapport avec l'athérosclérose
- Prise en charge non codifiée, littérature pauvre
- Intérêt de l'imagerie par coro-TDM et IVUS pour préciser l'anatomie et guider l'angioplastie
- Capacité de franchissement médiocre des stents couverts : intérêt d'un support important

Merci pour votre attention