



Il est urgent de ne pas se presser

Alexandre GAUTIER
DES de Cardiologie - Paris



Collège des
Cardiologues en
Formation

MONSIEUR Z. 35ANS

- FdRCV

Tabagisme actif 10PA

- Aucun antécédent
- Aucun traitement
- Pas d'allergie

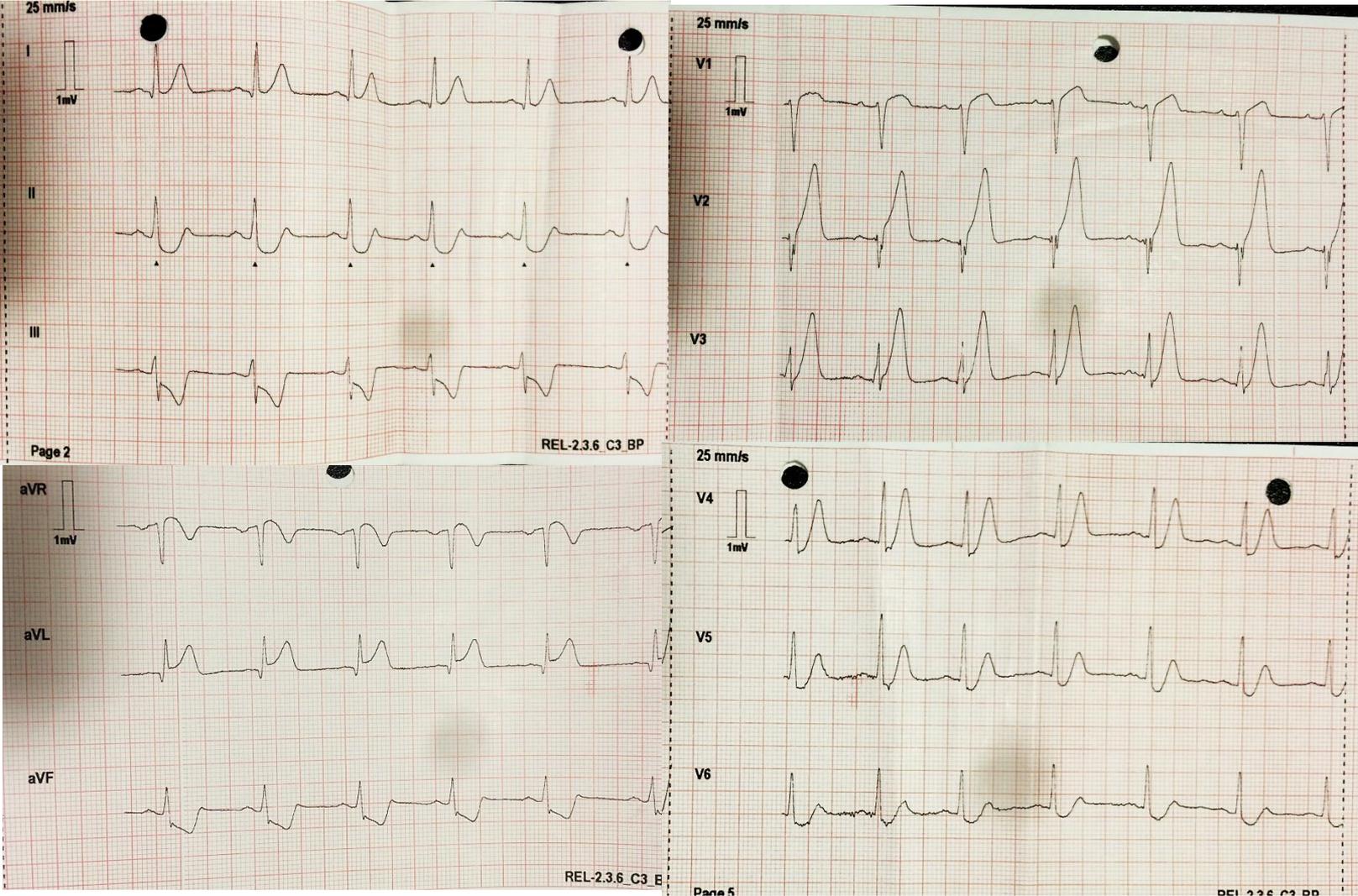
- Mode de vie

Auto-entrepreneur dans le bâtiment

Le 23/05/2017 à 9h30 au travail, le patient ressent une **douleur rétrosternale constrictive intense (9/10)** sans irradiation, avec sensation de vertige, après 1 heure d'effort (port de charge lourde/chantier)

→ Appel du SAMU

ECG INITIAL



PRISE EN CHARGE

- A l'arrivée du SAMU

PA 110/70mmHg

SpO2 99%

Fc 68/min

T° 35,8 °C

Douleur persistante EVA 9/10

Examen physique sans particularité

- Traitement

ASPEGIC 250mg

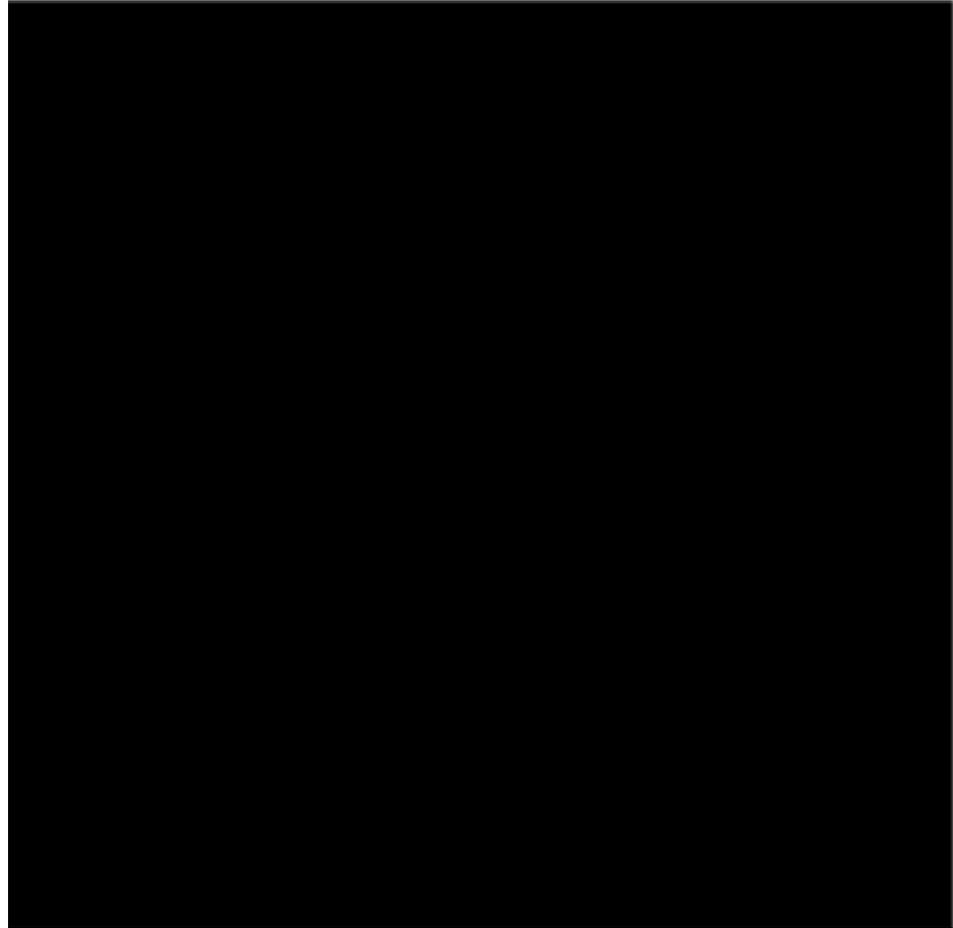
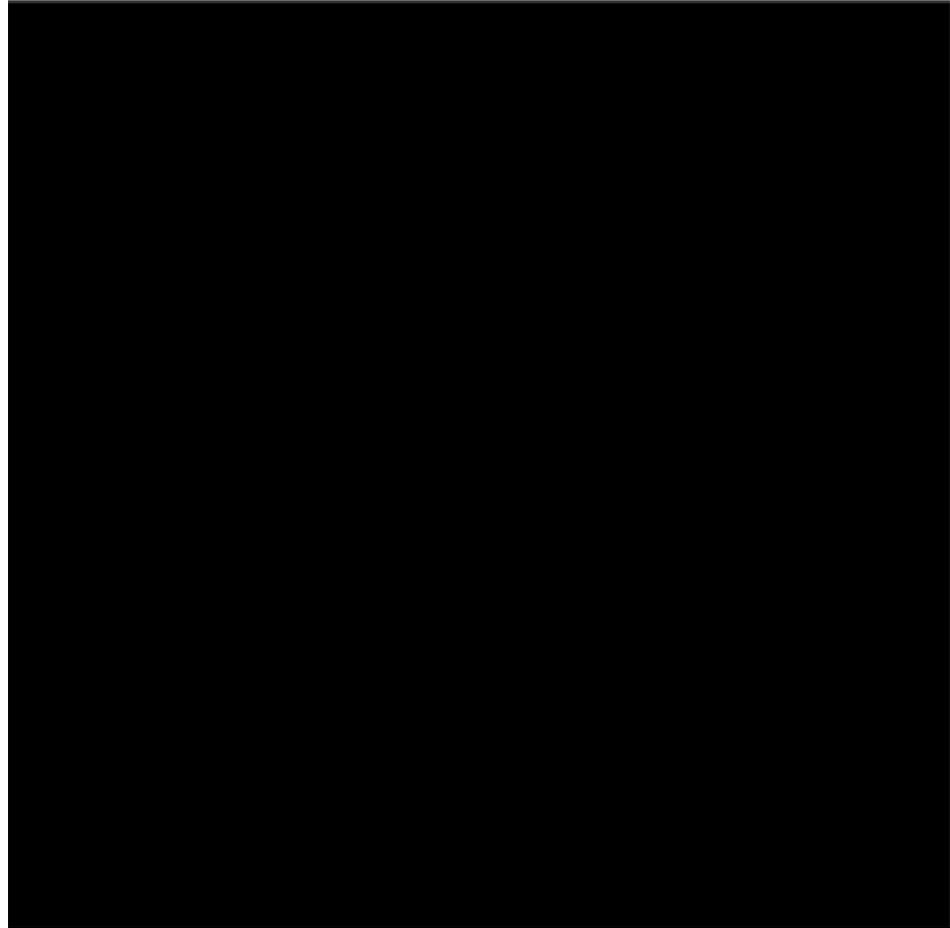
BRILIQUE 180mg

HNF 4000UI

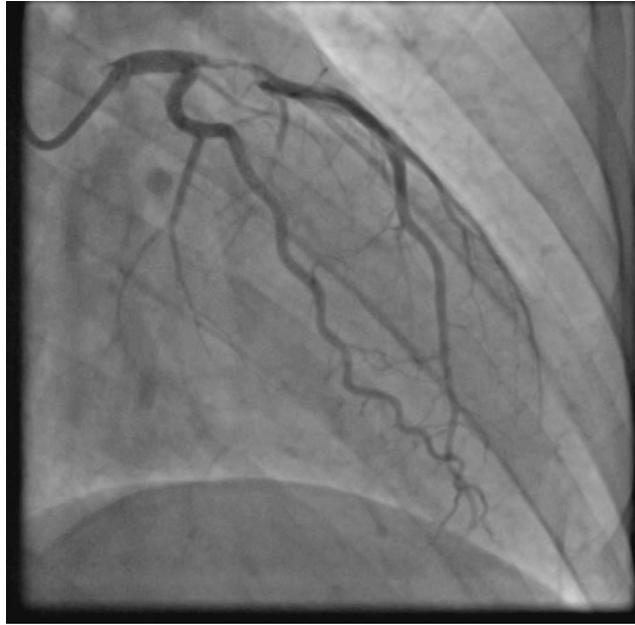
PERFALGAN 1 g

Titration en MORPHINE

PHASE AIGUË

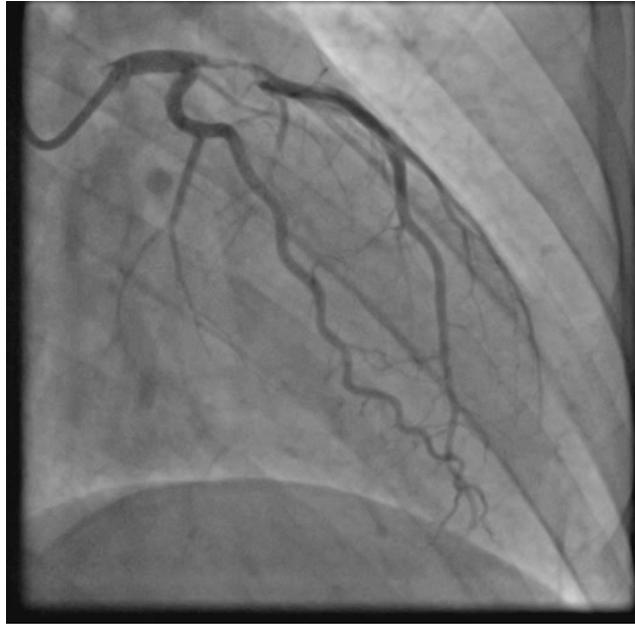


QUIZZ



- A. ANGIOPLASTIE PRIMAIRE
- B. THROMBO-ASPIRATION
- C. IMAGERIE ENDOCORONAIRE
- D. PAS DE TRAITEMENT INTERVENTIONNEL

QUIZZ



- A. ANGIOPLASTIE PRIMAIRE
- B. THROMBO-ASPIRATION
- C. IMAGERIE ENDOCORONAIRE
- D. PAS DE TRAITEMENT INTERVENTIONNEL

APRES THROMBOASPIRATION

- récupération de matériel fibrino-cruorique
 - Traitement par HNF et antiGPIIb/IIIa
- diminution de la charge thrombotique
- flux TIMI 3
- plus de douleur
- régression du ST

QUIZZ

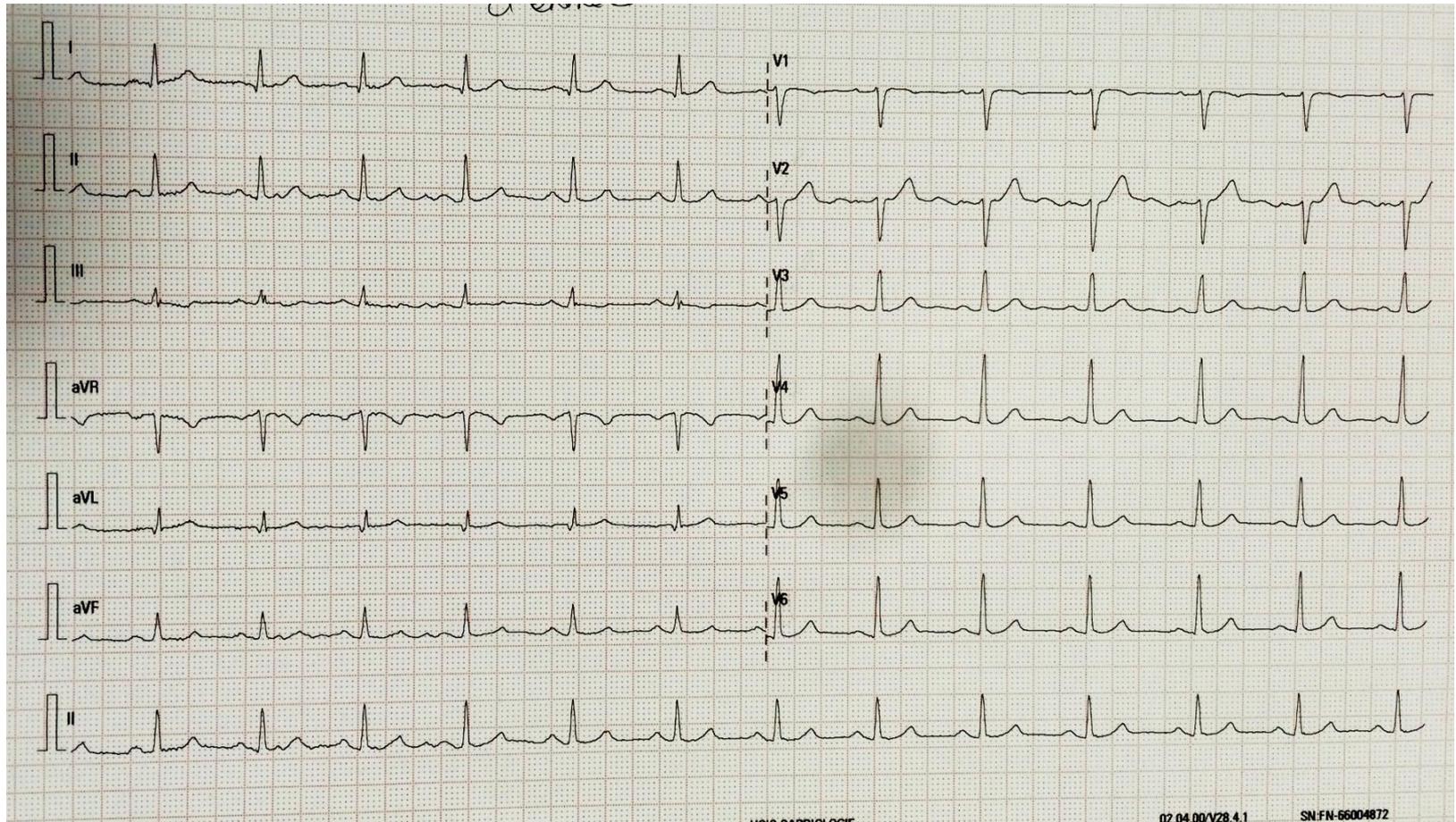
A. ANGIOPLASTIE

B. OCT/IVUS

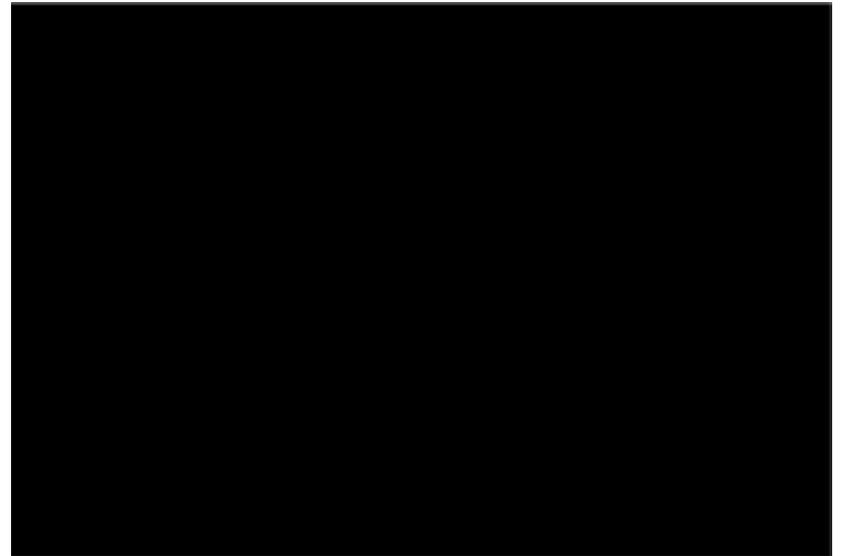
C. MESURE DE FFR

D. TRAITEMENT MEDICAL

ECG DE CONTRÔLE

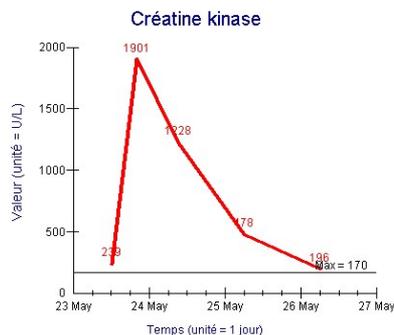
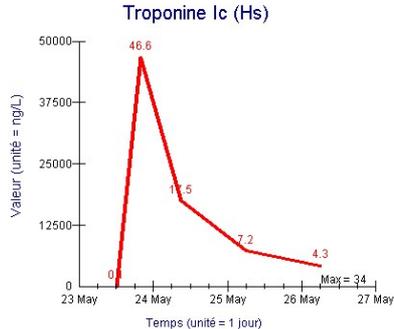


ECHOCARDIOGRAPHIE



EN USIC

- Homme de 35ans tabagique
- SCA ST+ antérieur étendu inaugural
- Lésion mono-tronculaire d'IVA proximale, sub-occlusion thrombotique
- Flux TIMI 3 en fin de procédure sans angioplastie
- Pas de séquelle en ETT



Traitement médical

- AntiGpIIb/IIIa (*TIROFIBAN*)
 - bolus 25µg/kg
 - puis IVSE 0,15µg/kg/min pendant 12 heures
- Relais HBPM dose curative
- DAPT par Kardegic 75mg + Plavix 75mg

QUIZZ

Patient asymptomatique

Suite de la prise en charge ?

A. CORONAROGRAPHIE DE CONTRÔLE AVANT LA SORTIE

B. SORTIE A DOMICILE A 72H SANS CORONAROGRAPHIE

QUIZZ

Patient asymptomatique

Suite de la prise en charge ?

A. CORONAROGRAPHIE DE CONTRÔLE AVANT LA SORTIE

B. SORTIE A DOMICILE A 72H SANS CORONAROGRAPHIE

Si CORONAROGRAPHIE

C. IMAGERIE ENDOCORONAIRE

D. ANGIOPLASTIE AD HOC

E. ANGIOPLASTIE SELON LA FFR

QUIZZ

Patient asymptomatique

Suite de la prise en charge ?

A. CORONAROGRAPHIE DE CONTRÔLE AVANT LA SORTIE

B. SORTIE A DOMICILE A 72H SANS CORONAROGRAPHIE

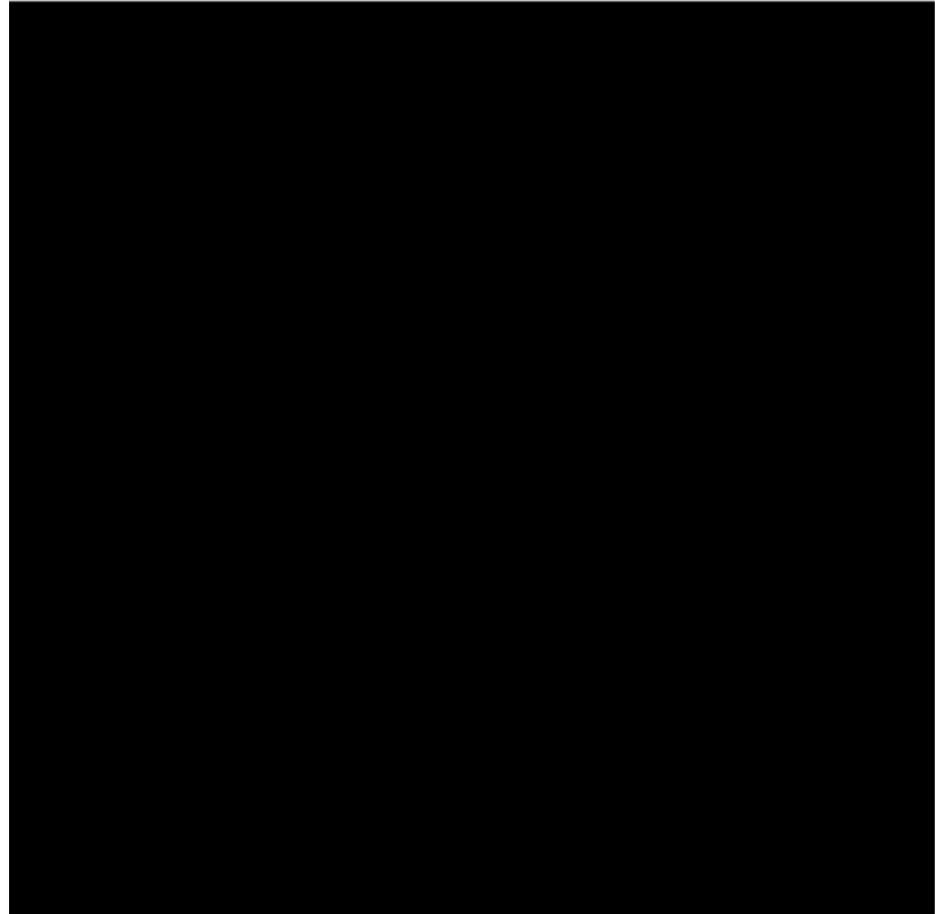
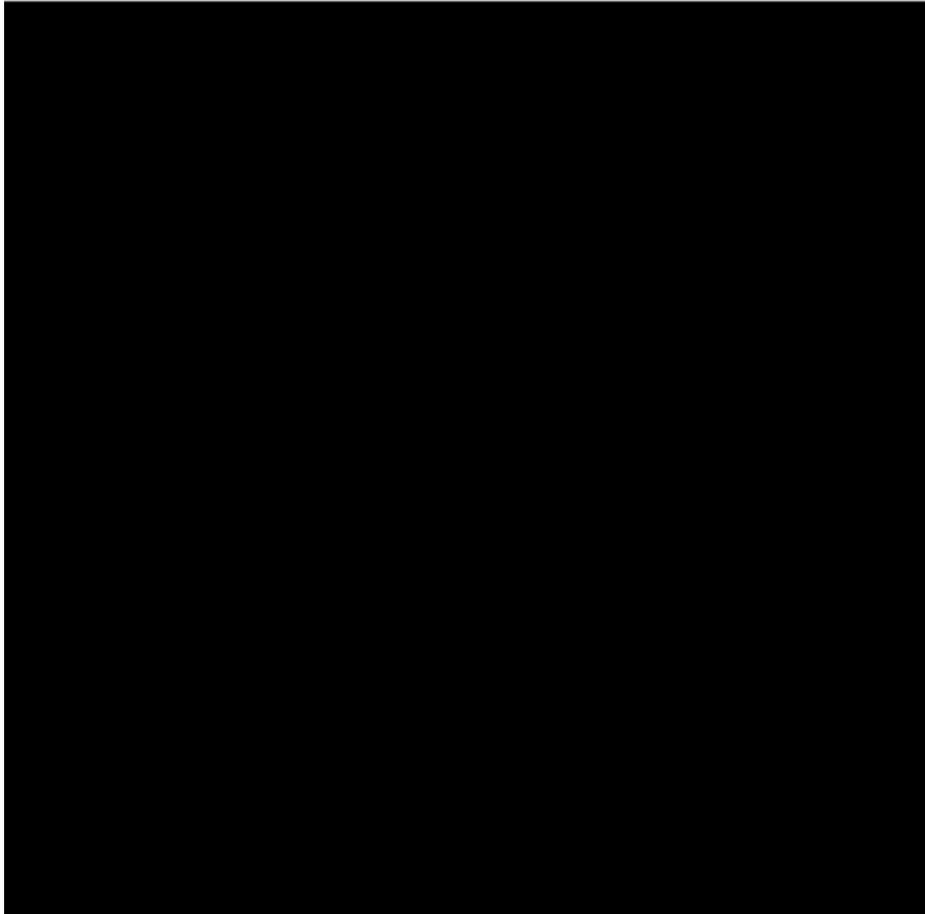
Si CORONAROGRAPHIE

C. IMAGERIE ENDOCORONAIRE

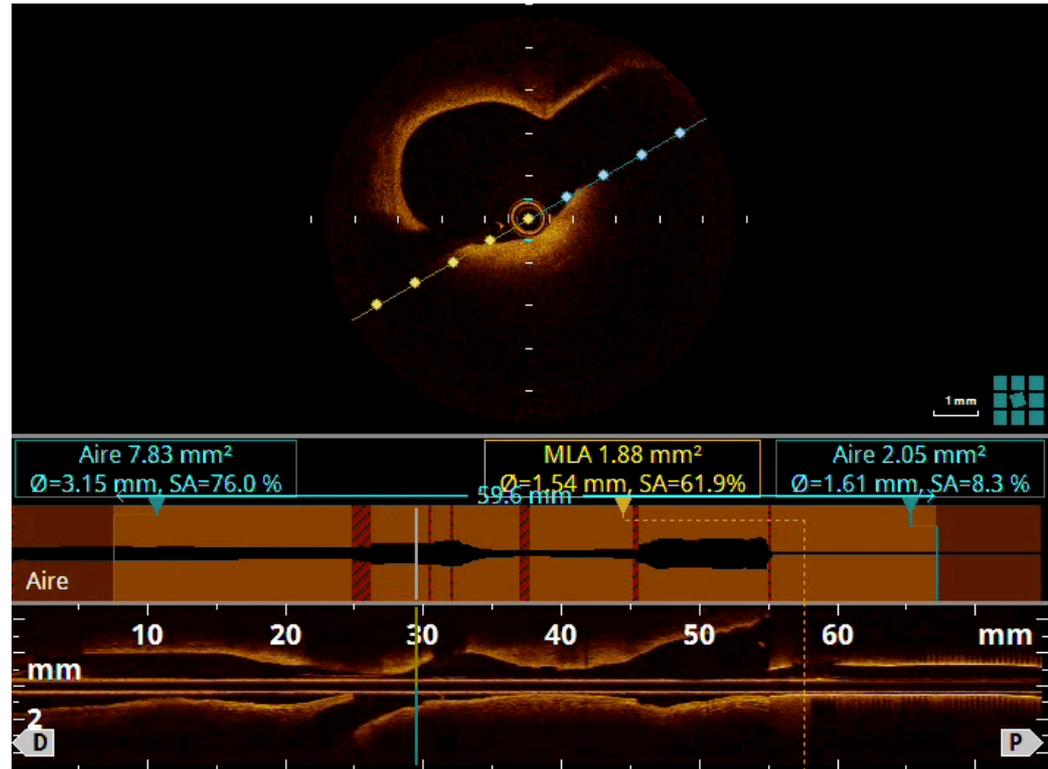
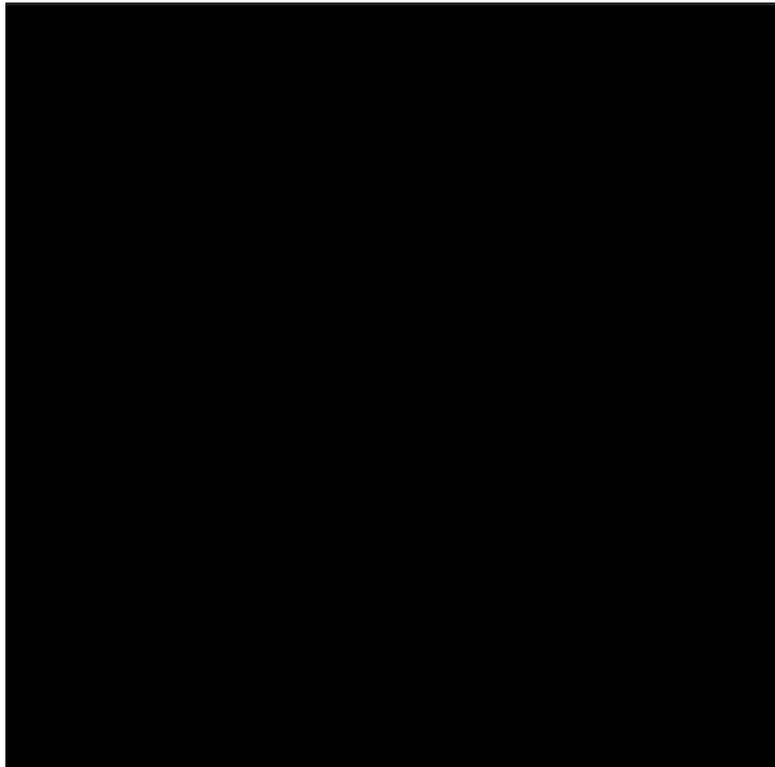
D. ANGIOPLASTIE AD HOC

E. ANGIOPLASTIE SELON LA FFR

CONTRÔLE À 72H



CONTRÔLE À 72H



→ Sortie à domicile sous traitement médical

→ Angiographie de contrôle à 1 mois

QUIZZ

Stratégie anti-thrombotique à la sortie ?

- A. KARDEGIC 75mg + BRILIQUE 90mgx2
- B. KARDEGIC 75mg + BRILIQUE 90mgx2 + HBPM curative
- C. KARDEGIC 75mg + PLAVIX 75mg
- D. KARDEGIC 75mg + PLAVIX 75mg + HBPM curative
- E. KARDEGIC 75mg + PLAVIX 75mg + AOD

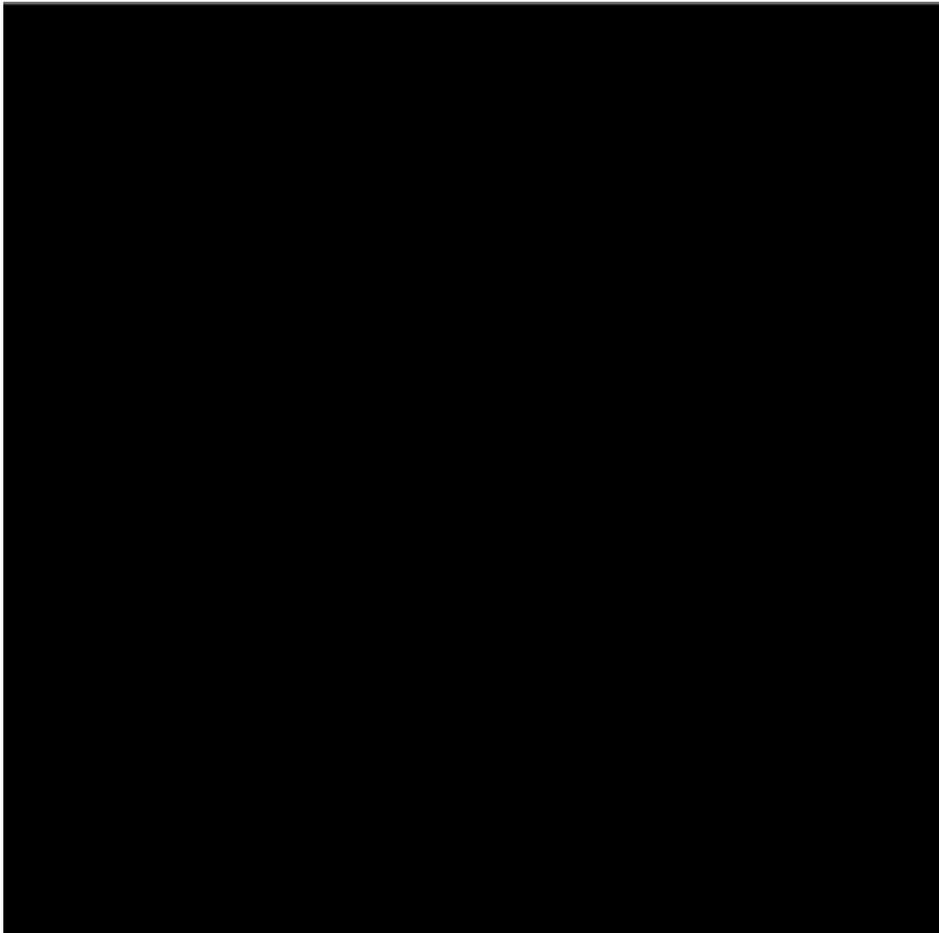
QUIZZ

Stratégie anti-thrombotique à la sortie ?

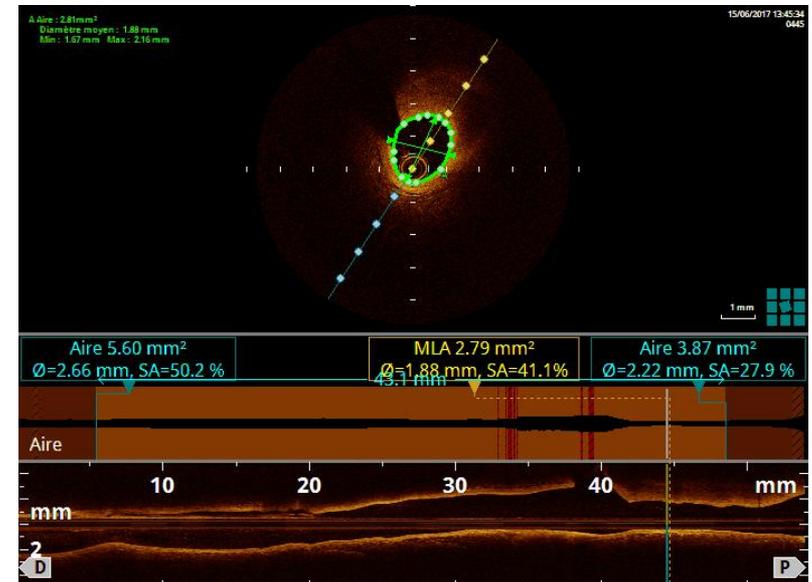
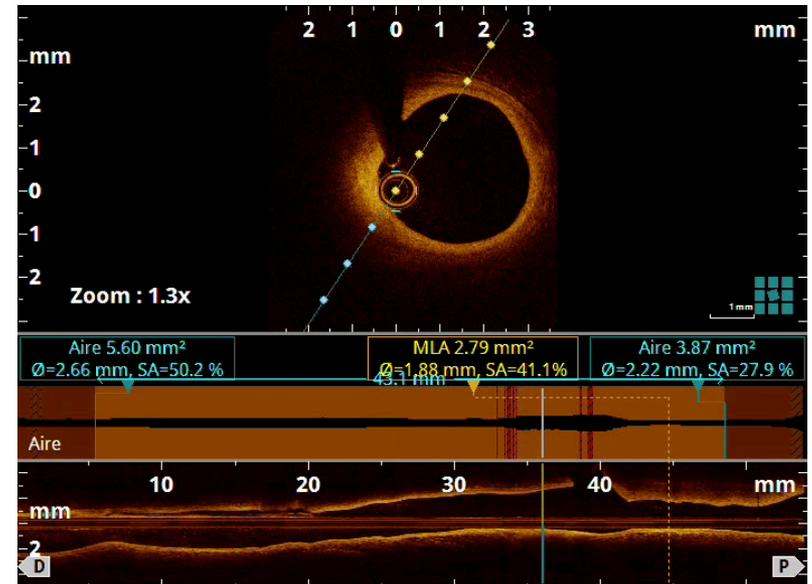
- A. KARDEGIC 75mg + BRILIQUE 90mgx2
- B. KARDEGIC 75mg + BRILIQUE 90mgx2 + HBPM curative
- C. KARDEGIC 75mg + PLAVIX 75mg
- D. KARDEGIC 75mg + PLAVIX 75mg + HBPM curative
- E. KARDEGIC 75mg + PLAVIX 75mg + AOD

CONTRÔLE À 1 MOIS

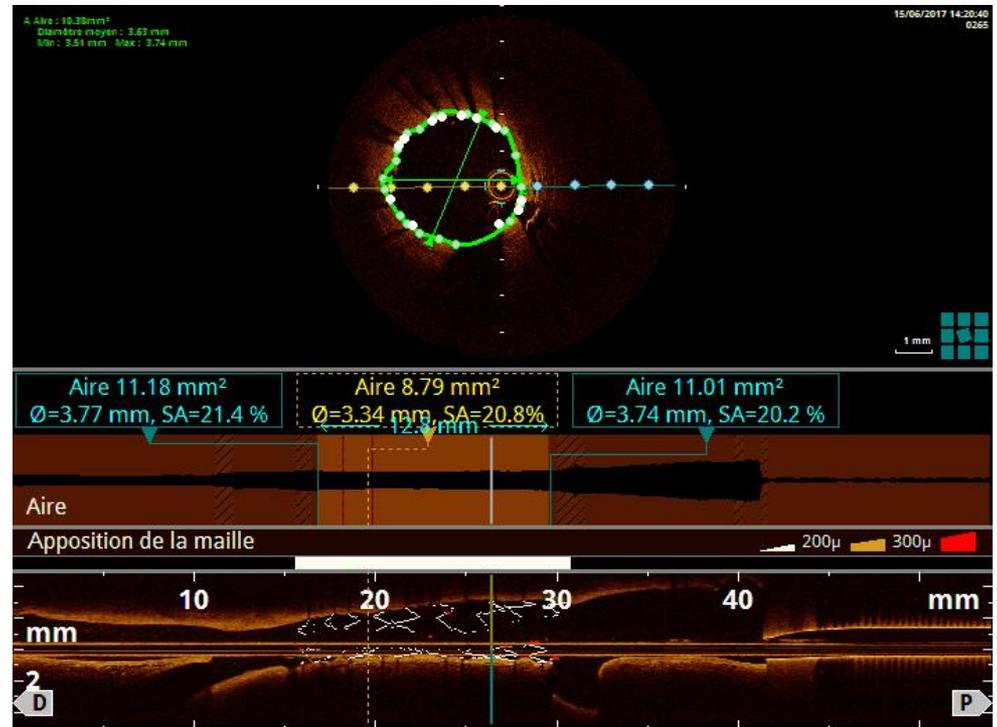
Bonne régression du thrombus



Mesure de FFR à 0.78



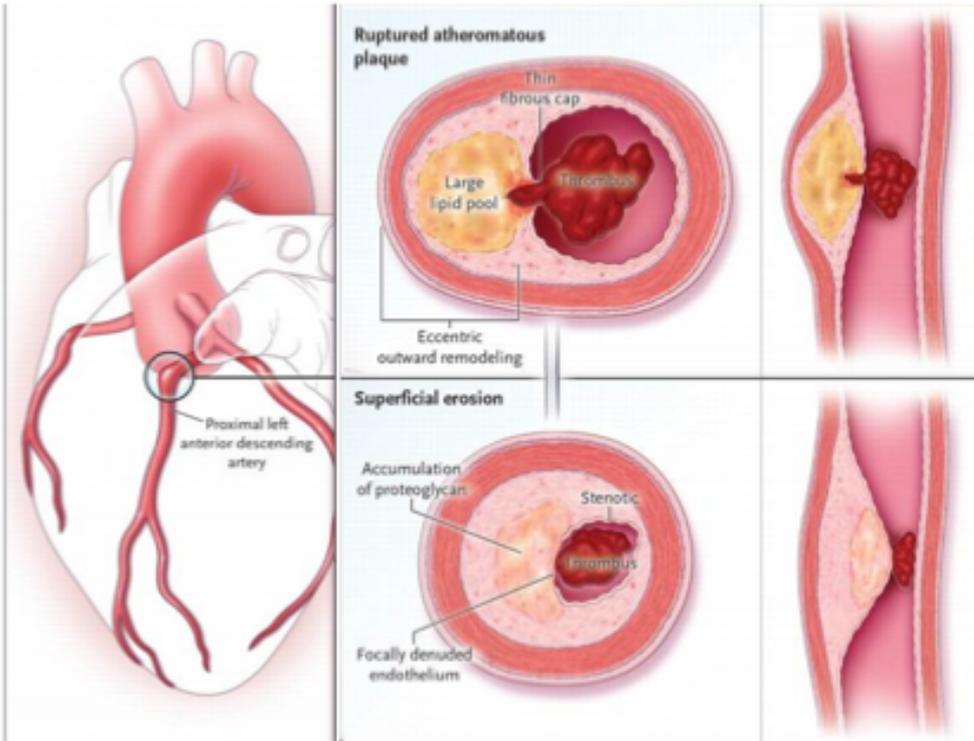
APRÈS ANGIOPLASTIE



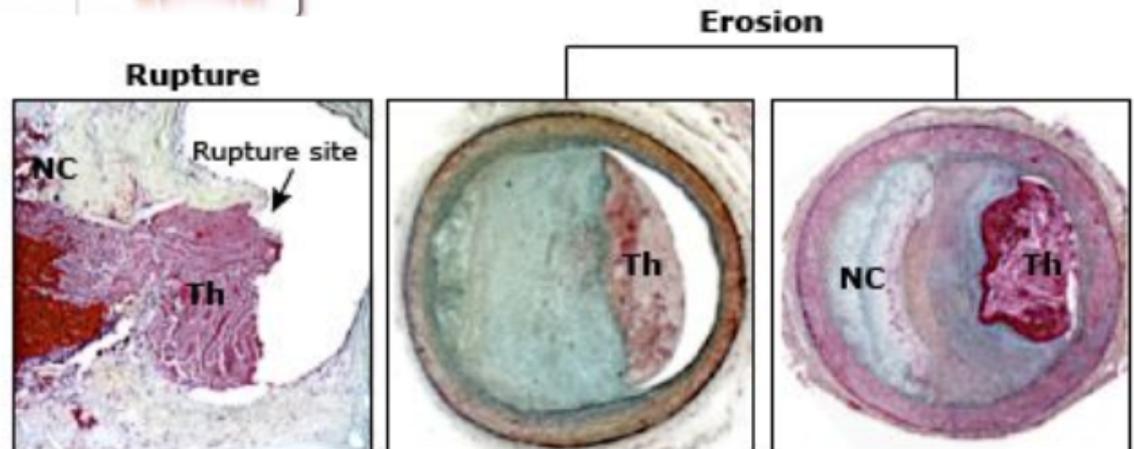
DES Biomatrix 3.5*14mm

Contrôle OCT montrant une bonne apposition du stent

EROSION CORONAIRE



- 30% des SCA
- Femme > Homme
- Mécanisme mal compris
- Prise en charge non consensuelle
- Augmentation de l'incidence ++



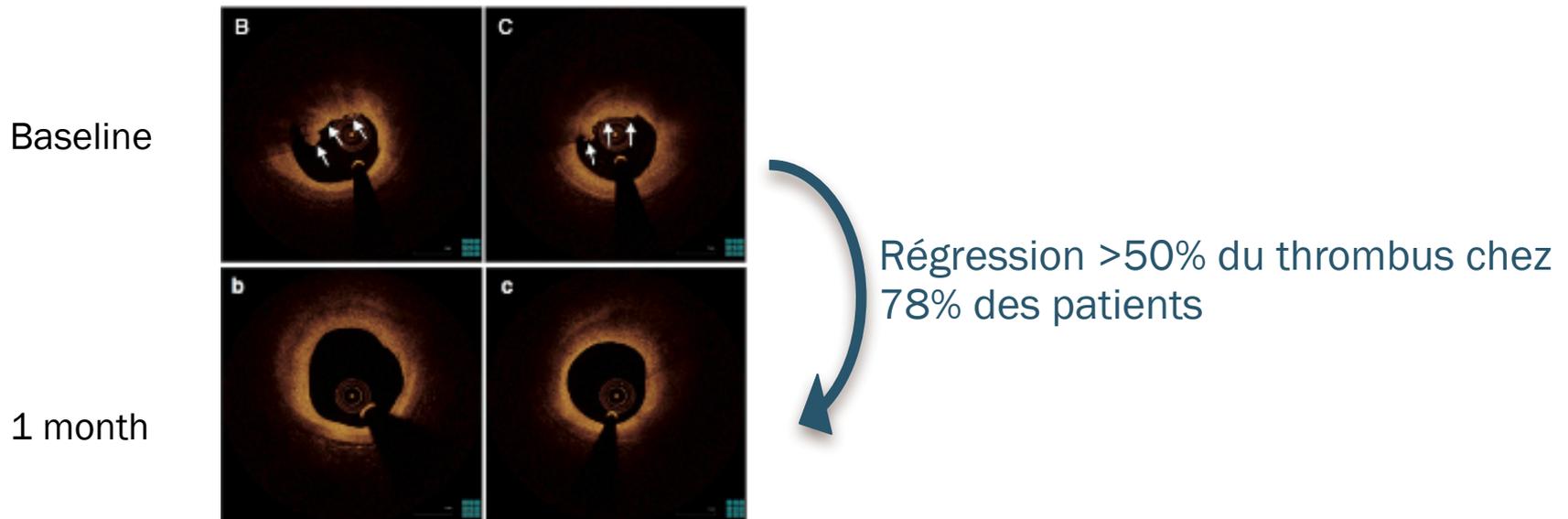
Mechanisms of ACS
P. Libby NEJM 2013

Requiem for the 'vulnerable plaque'
P. Libby EHJ 2015

Acute coronary syndromes

Effective anti-thrombotic therapy without stenting: intravascular optical coherence tomography-based management in plaque erosion (the EROSION study) Jia H et al

- 60 STEMI avec érosion de plaque
- Traitement médical seul DAPT + HBPM curative



Role of deferred stenting in patients with ST elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention: A systematic review and meta-analysis

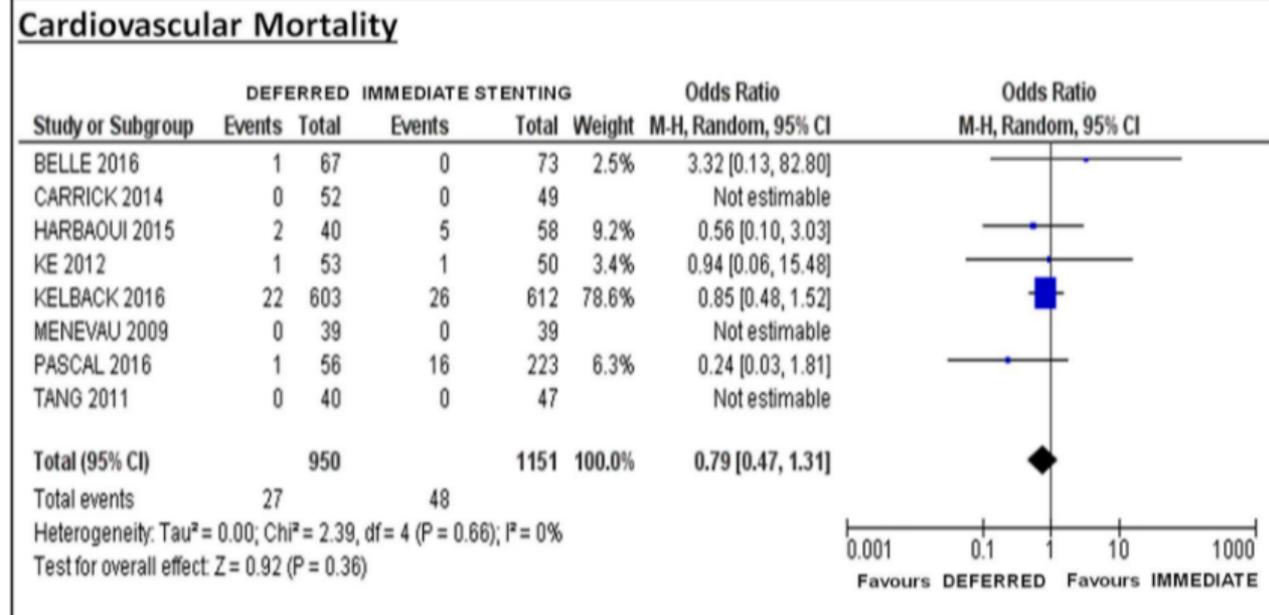
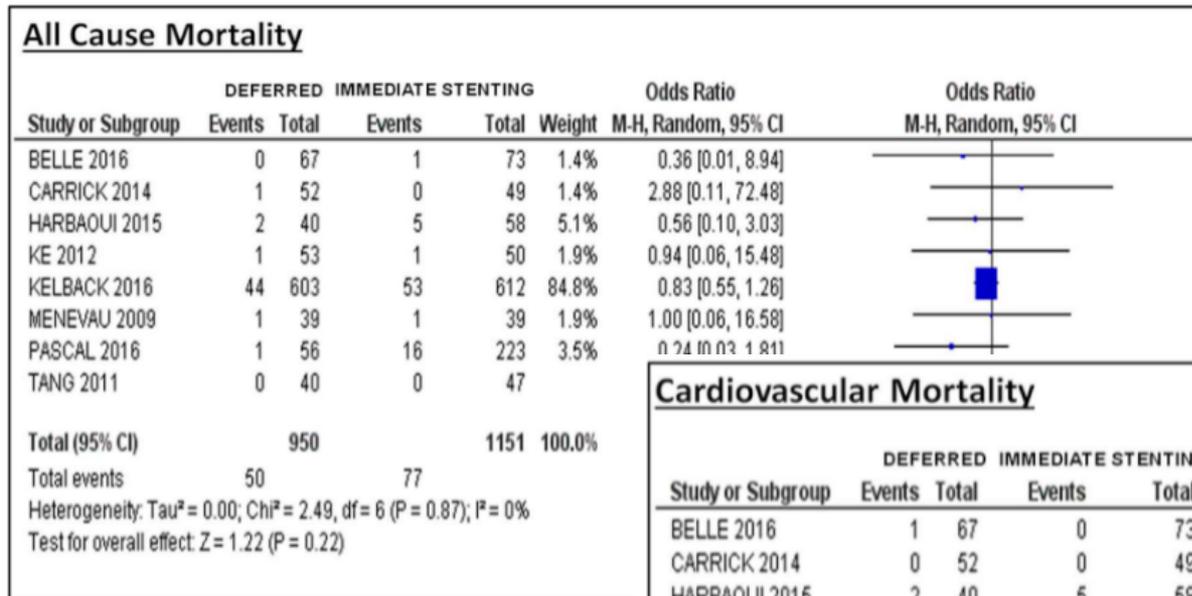
Received: 21 December 2016

Revised: 23 February 2017

Accepted: 5 March 2017

Giovanni Luigi De Maria MD¹

DOI: 10.1111/joic.12380



Role of deferred stenting in patients with ST elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention: A systematic review and meta-analysis

Received: 21 December 2016 | Revised: 23 February 2017 | Accepted: 5 March 2017

Giovanni Luigi De Maria MD¹

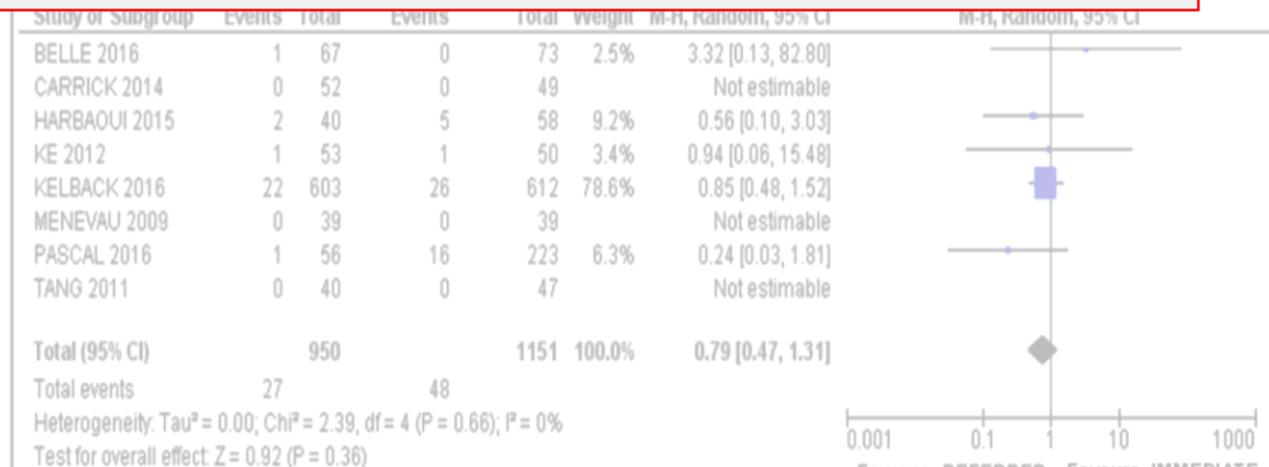
DOI: 10.1111/joic.12380

All Cause Mortality

Study or Subgroup	DEFERRED		IMMEDIATE STENTING		Odds Ratio	Odds Ratio
	Events	Total	Events	Total		
BELLE 2016	0	67	1	73	1.4%	0.36 [0.01, 8.94]
CARRICK 2014	1	52	0	49	1.4%	2.88 [0.11, 72.48]
HARBAOUI 2015	2	40	5	58	5.1%	0.56 [0.10, 3.03]
KE 2012	1	53	1	50	1.9%	0.94 [0.06, 15.48]

Le stenting différé est une alternative possible à la stratégie conventionnelle de stenting direct dans le STEMI chez des patients « sélectionnés ».

Total (95% CI)
Total events:
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 2.49, df = 6 (P = 0.87); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 1.22 (P = 0.22)



MESSAGES CLÉS

- Erosion coronaire
 - 25-30% des SCA
 - Augmentation de l'incidence
 - Stenting souvent non nécessaire surtout si sujet jeune
- Charge thrombotique = risque de No-reflow
- Stenting différé = stratégie alternative pour patients sélectionnés

Merci de votre attention