



Le mieux est l'ennemi du bien

Dr Sina POROUCANI

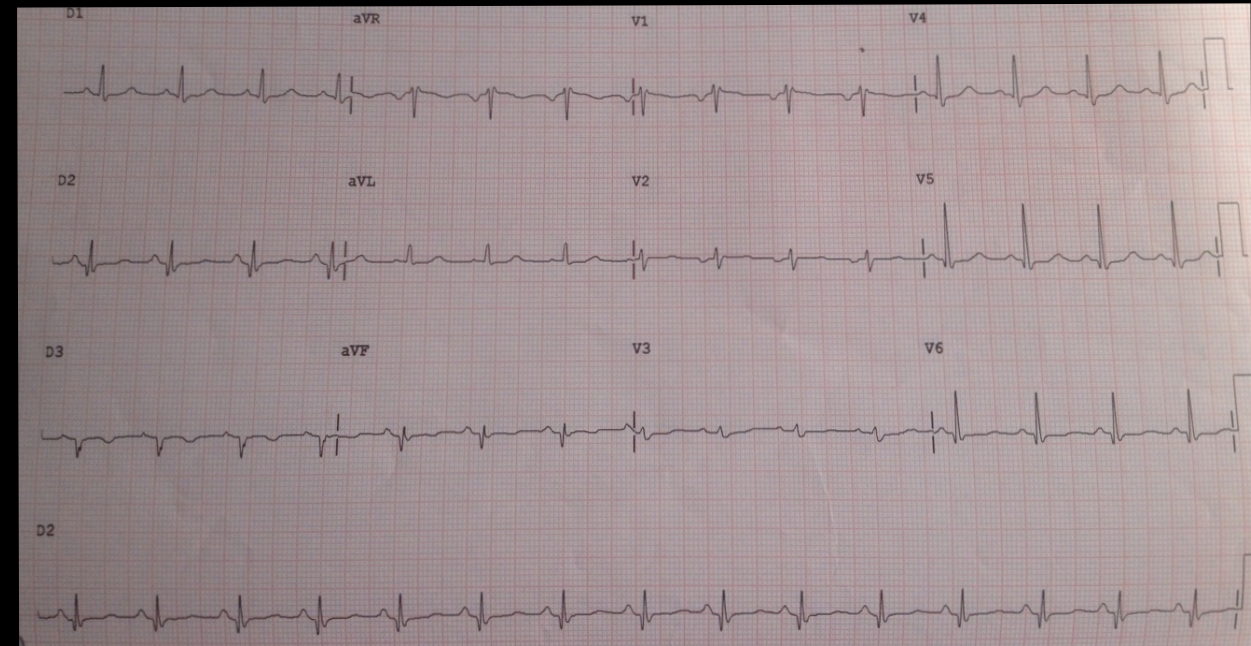
CHRU Lille



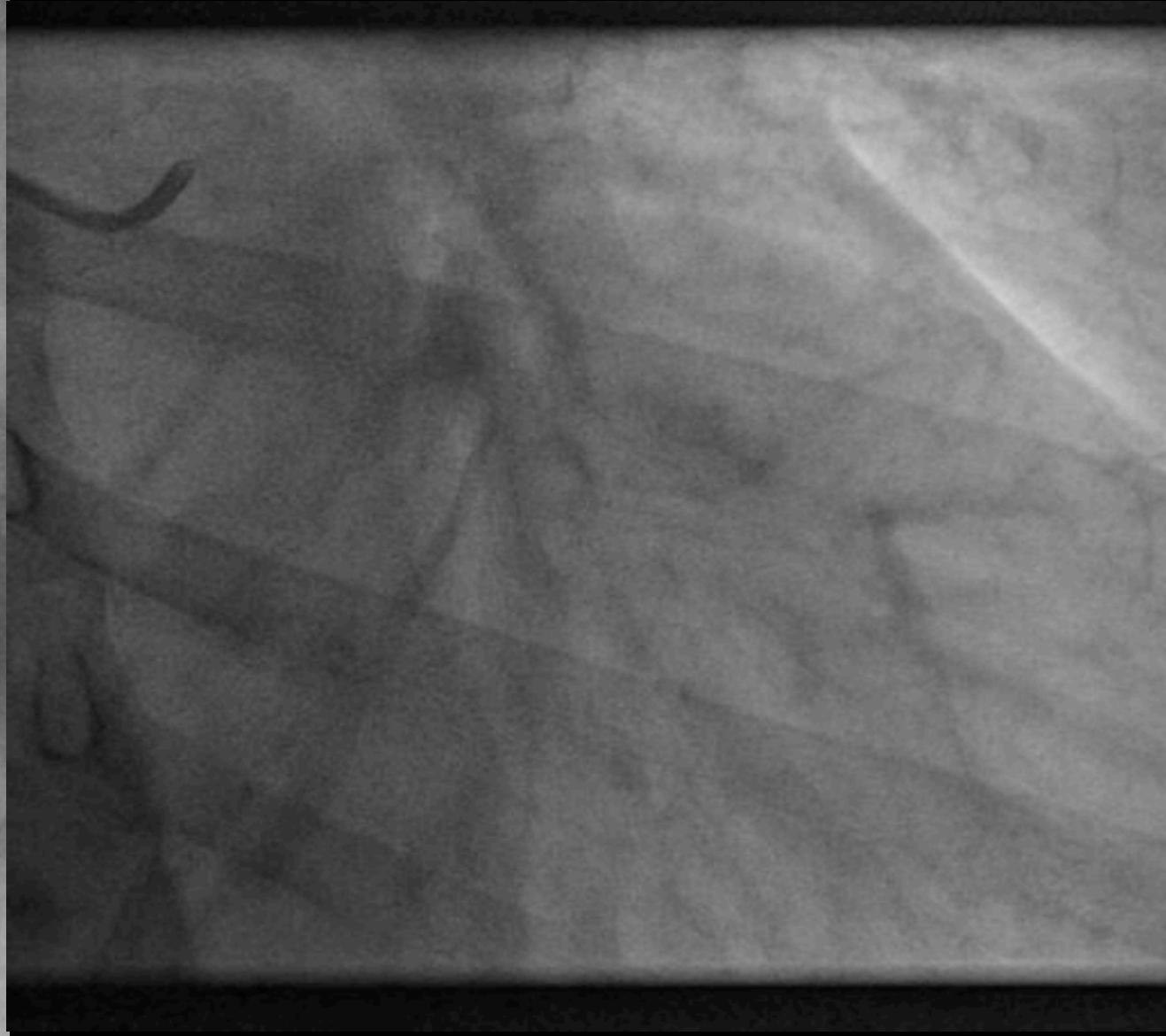
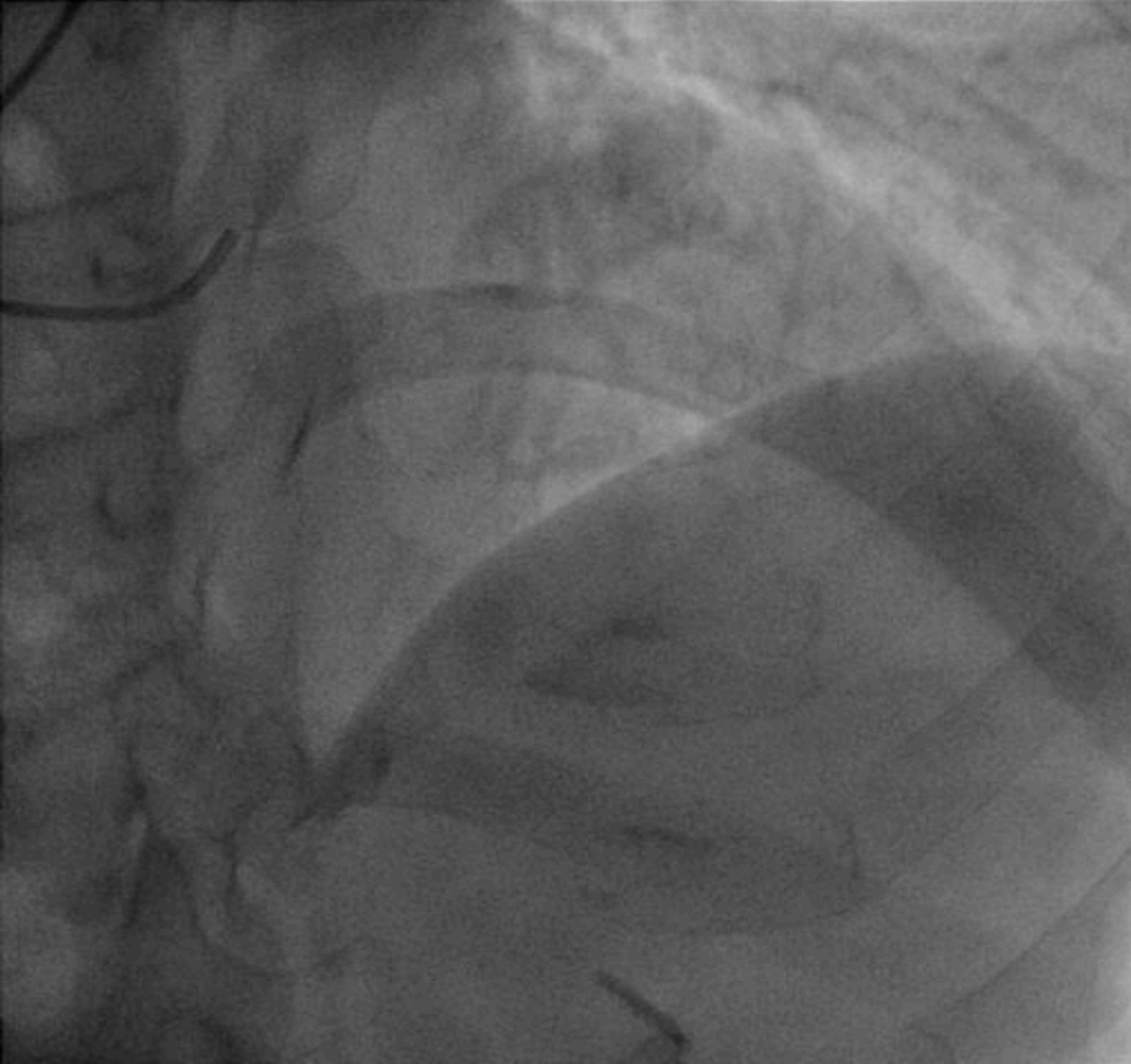
Cas clinique n°1

Présentation Clinique

- Femme de 55 ans
- HTA sous régime hyposodé - Tabac
- Douleur typique ayant duré 3 heures
- Ondes T aplaties en latéral bas
- Hypokinésie latérale en ETT
- Pic de troponine 171 ng/l



Coronarographie dans les 24h

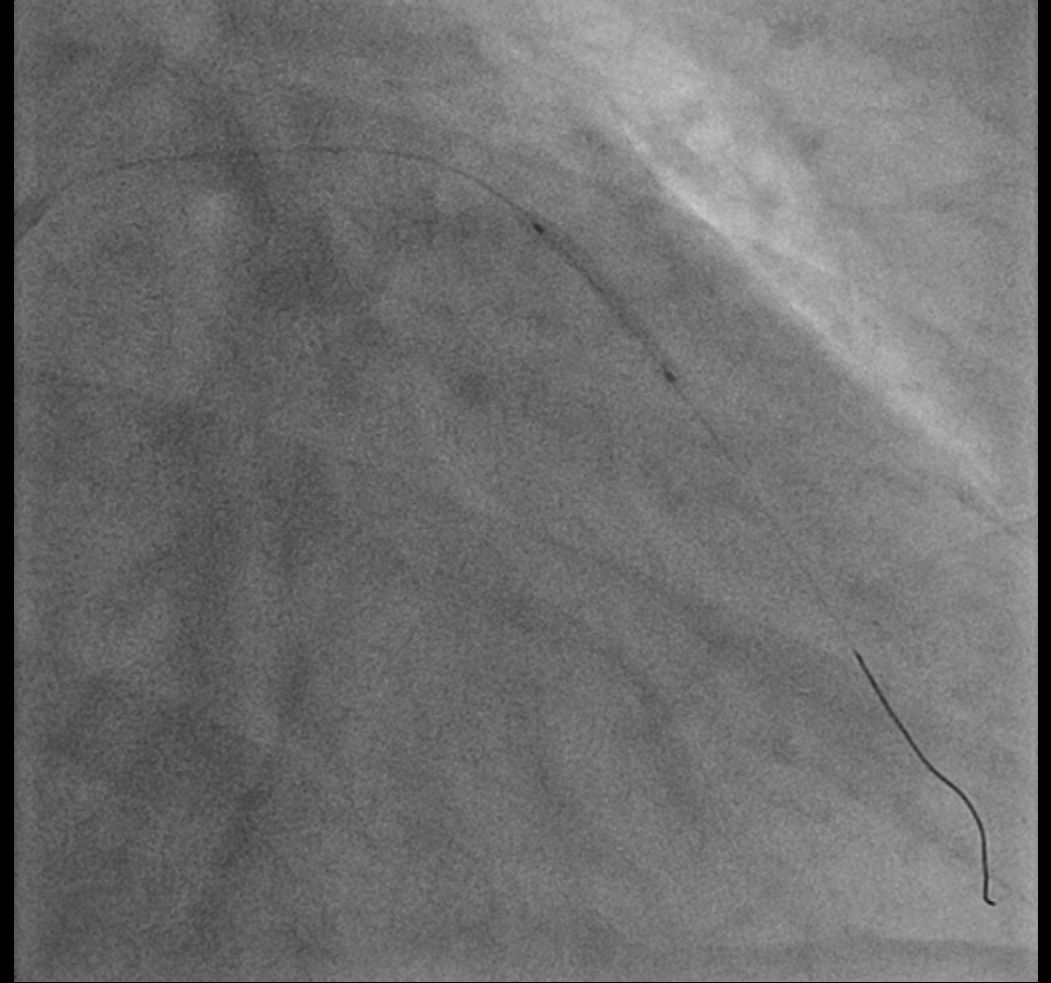


Coronarographie



CONDUITE A TENIR ?

Prédilatation



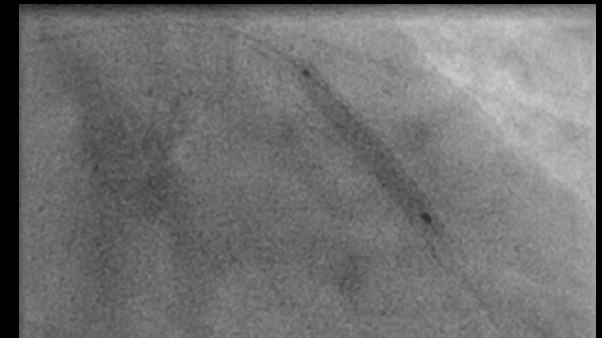
Stenting



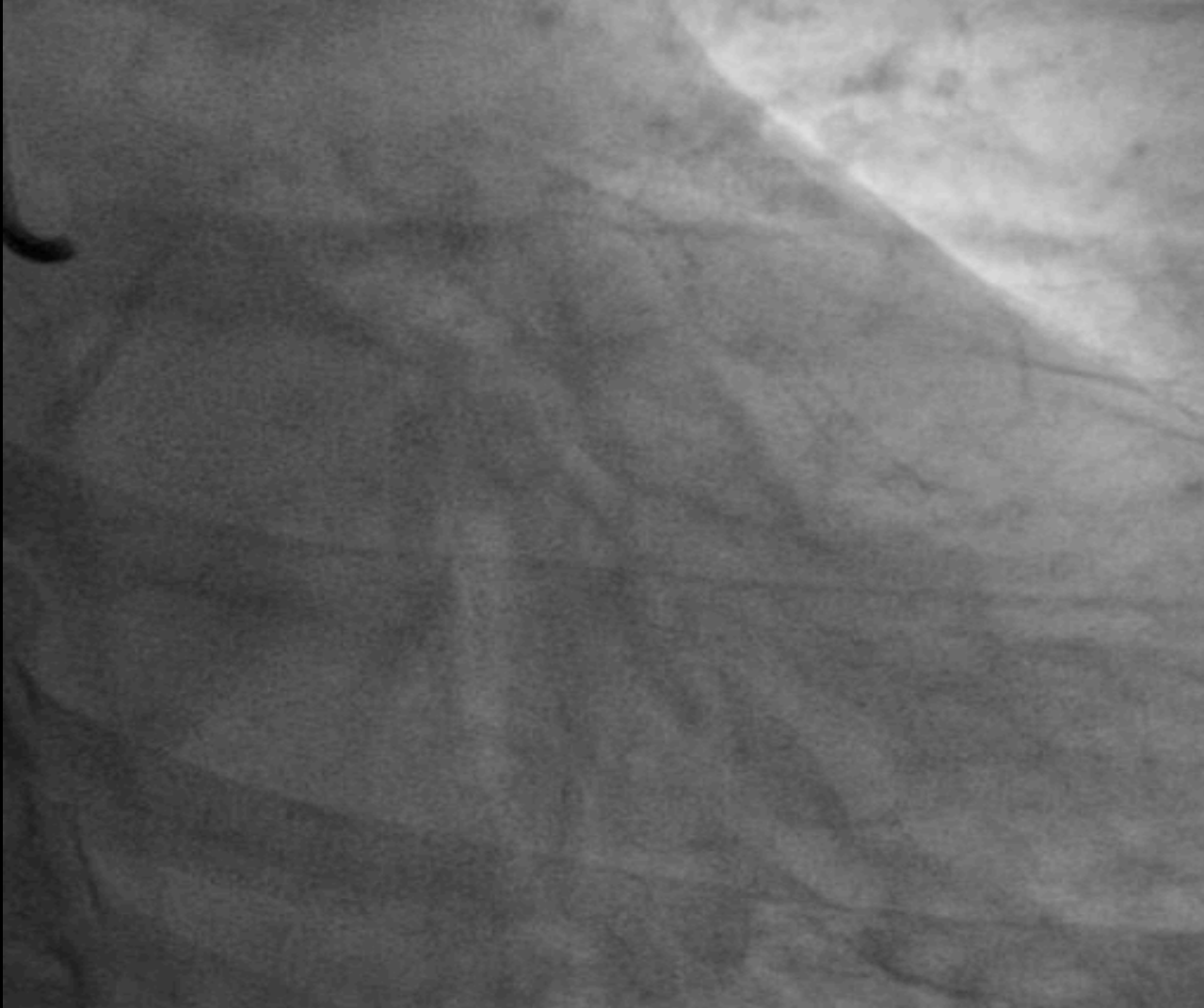
EES 2.5x38 - 10 Atm



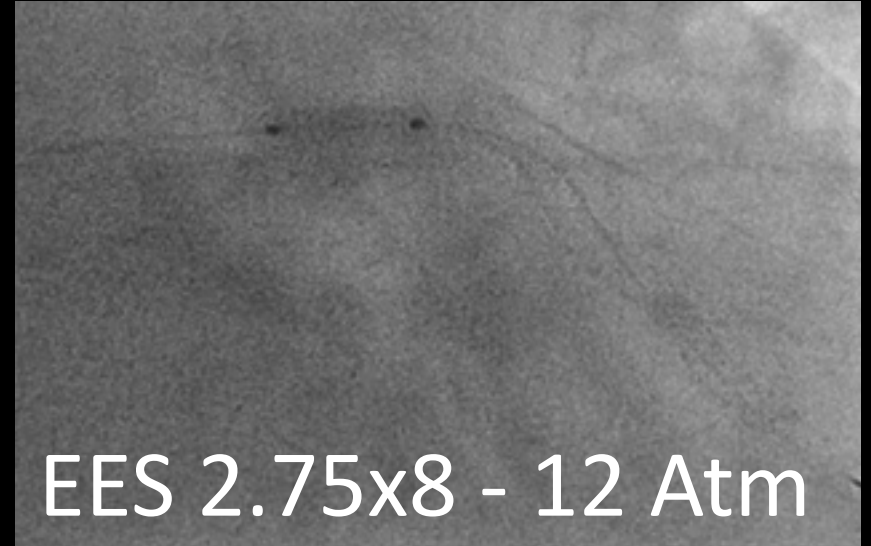
NC 2.75x20 - 16 Atm



Sténose en amont du stent



?

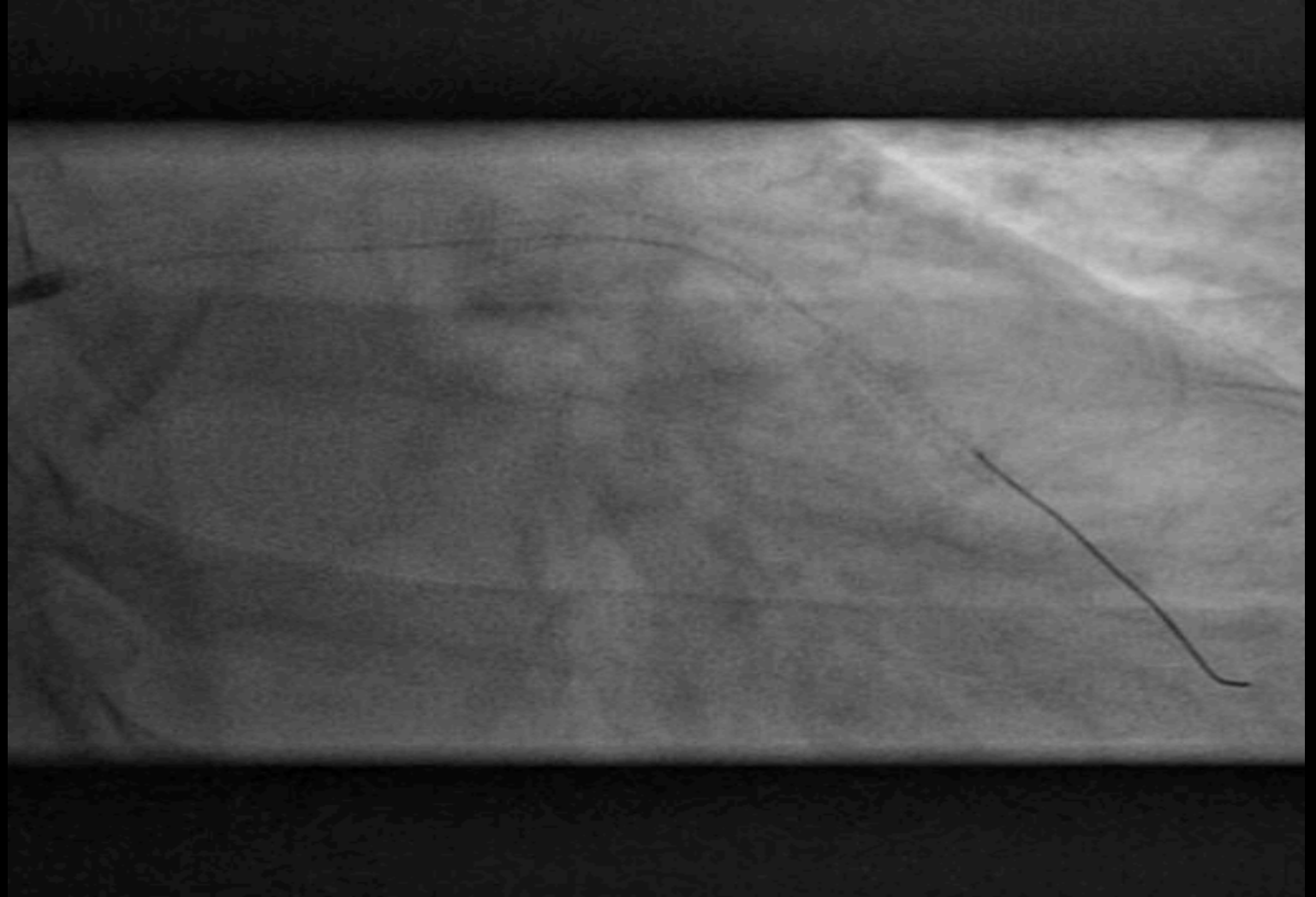


EES 2.75x8 - 12 Atm

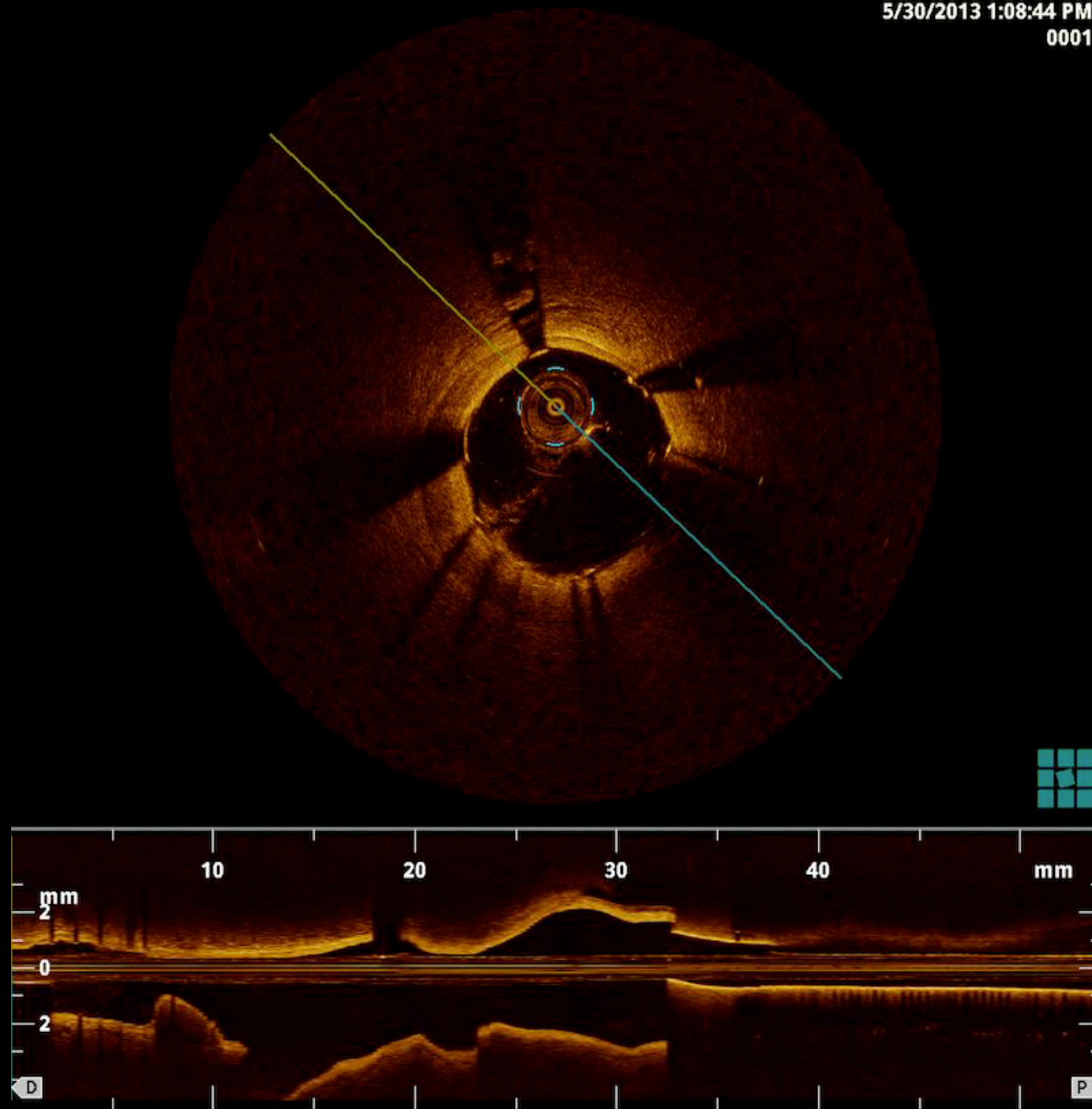


Mais ...

Après RISORDAN ...



OCT



Conduite à tenir ?

Nouvelle angioplastie ?

Stent long

Stent court

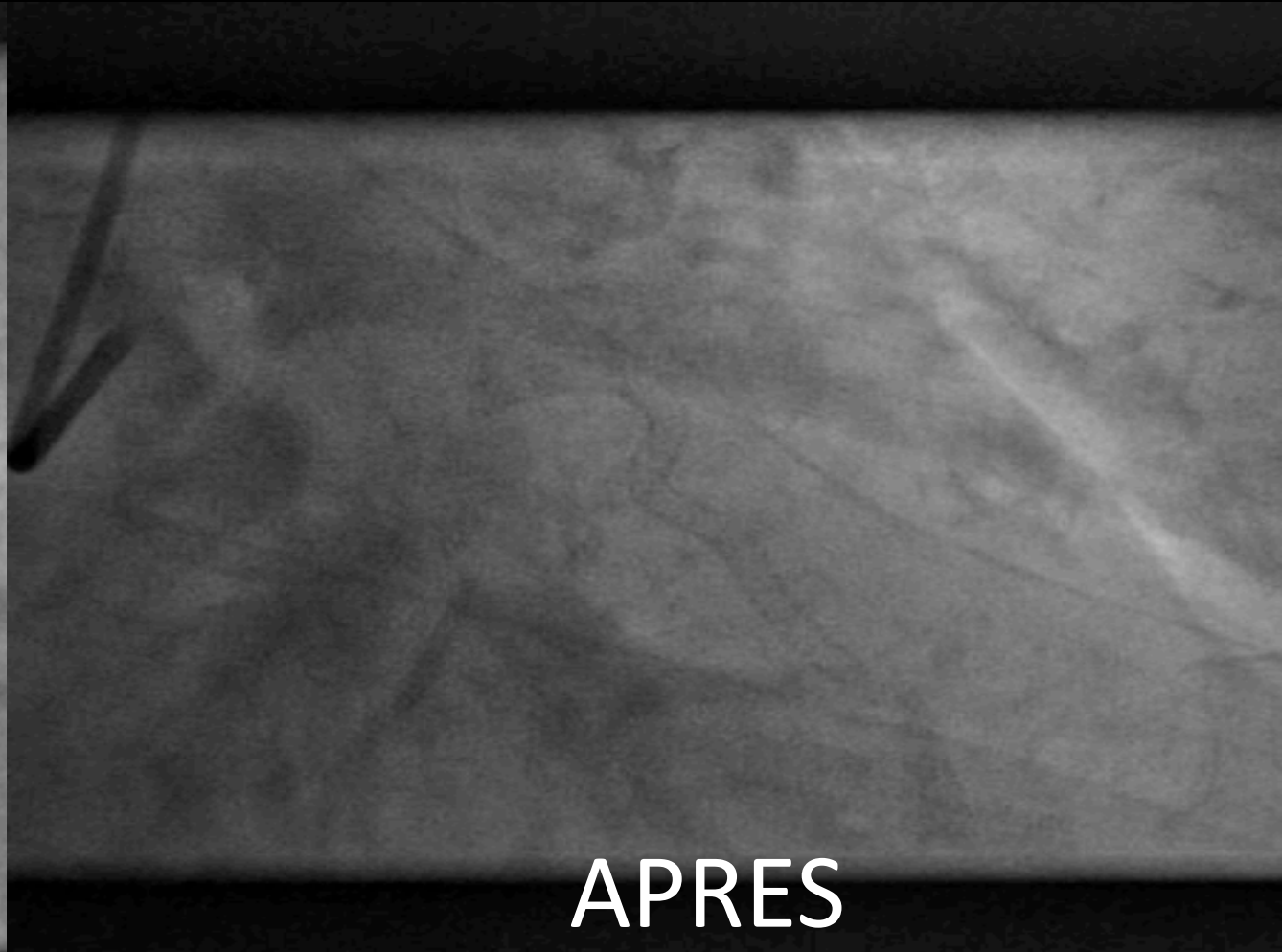
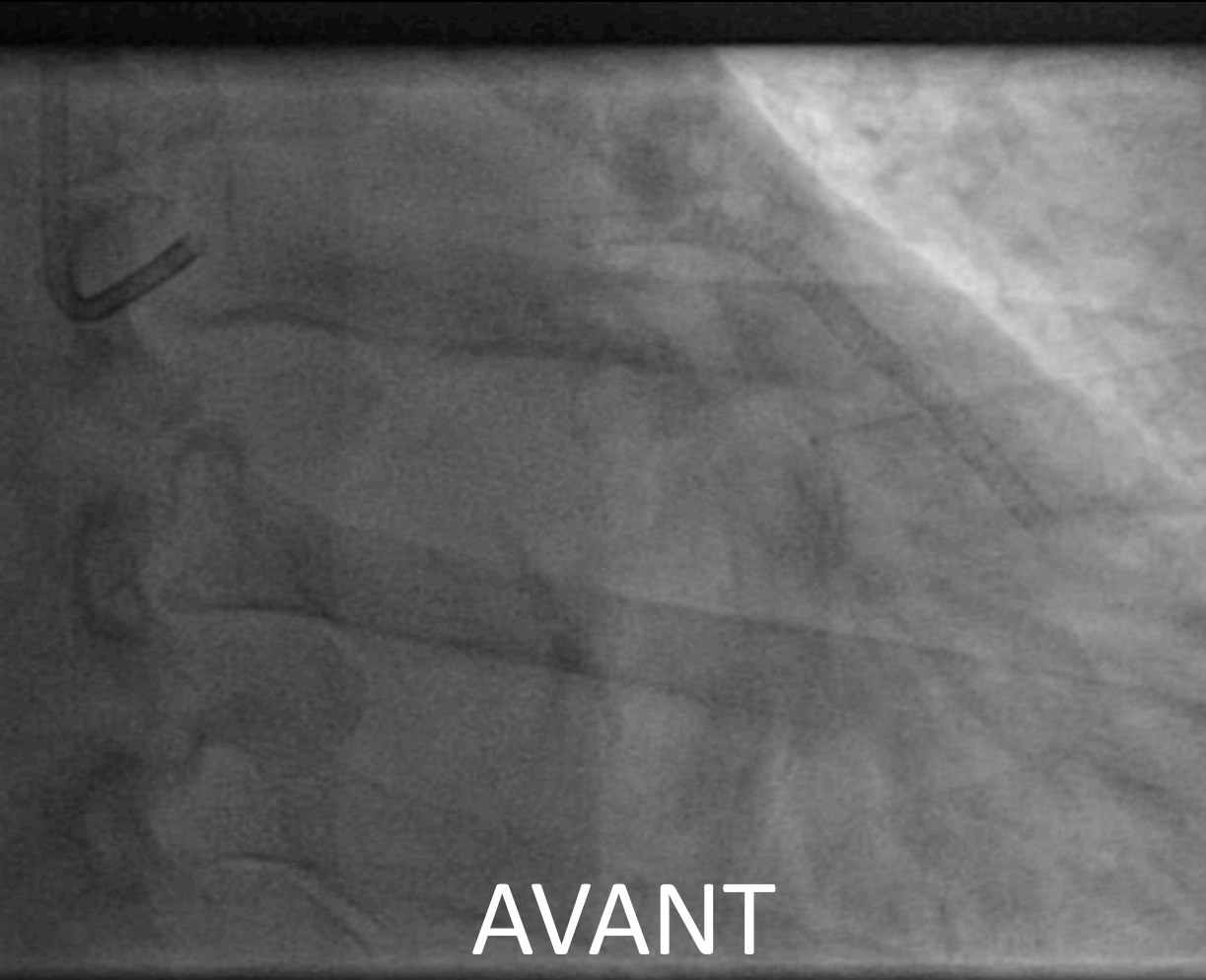
Ballon

Attentiste ?

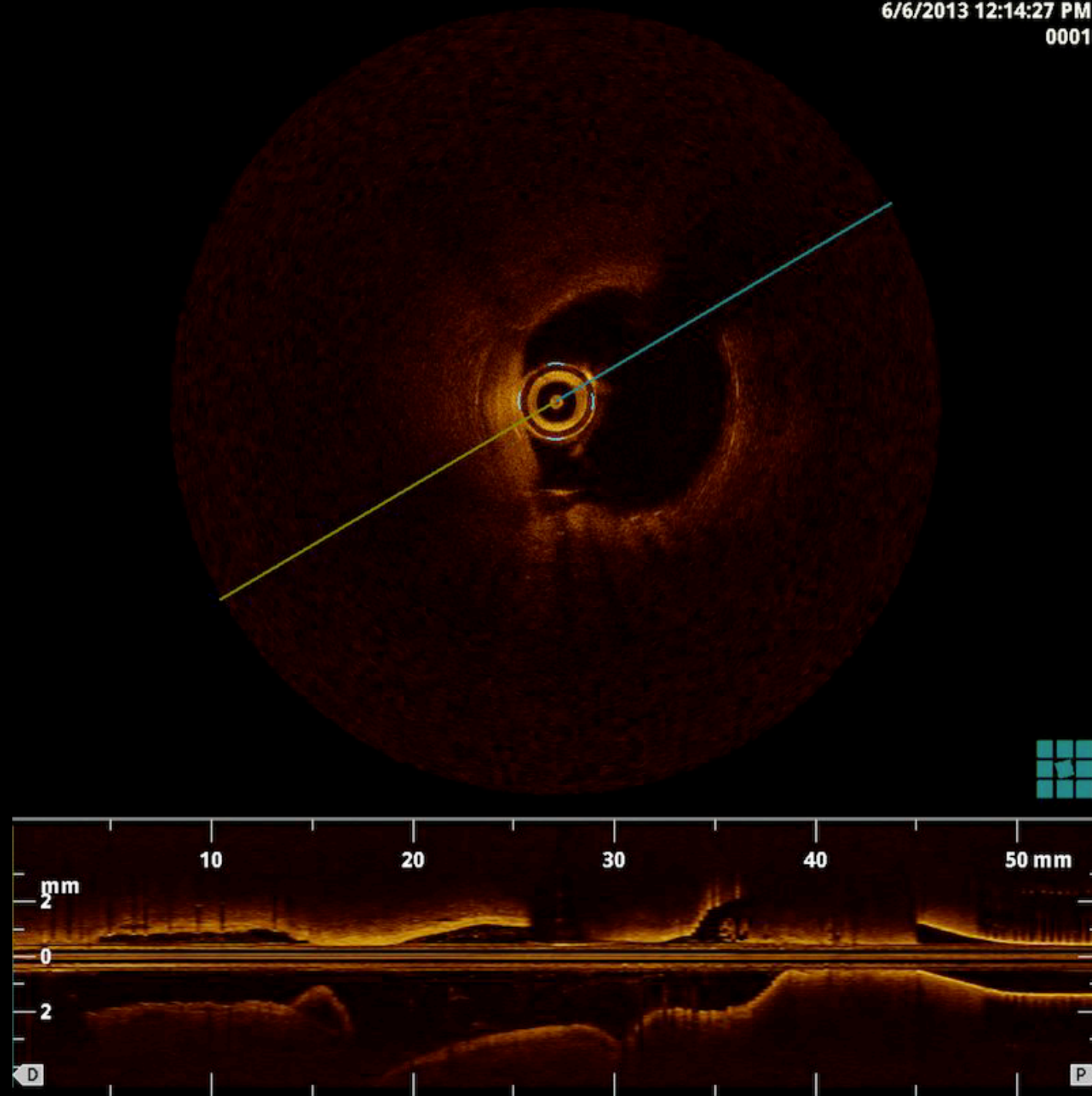
Attentiste

- Poursuite de la double AAP (Ticagrelor relayé par PLAVIX)
- Arrêt des anticoagulant
- Surveillance armée
- Coro de contrôle prévue à une semaine

Contrôle à une semaine



OCT



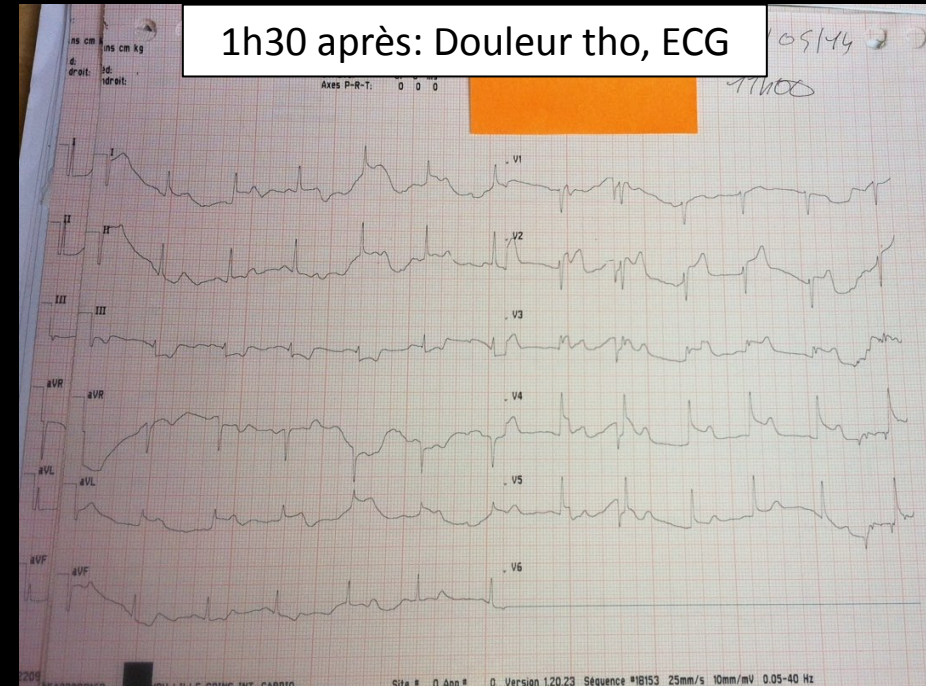
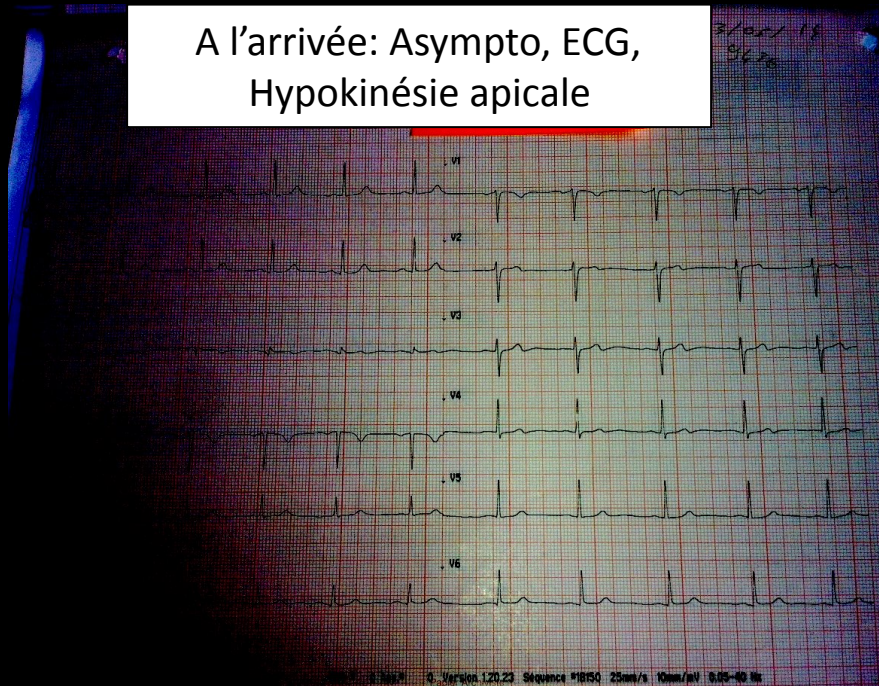
Conduite à tenir

- Traitement conservateur : Pas de nouvelle angioplastie
- DAPT + Betabloquant +/- Statine IEC
- Stabilité clinique sans récurrence d'évènements depuis 3 ans

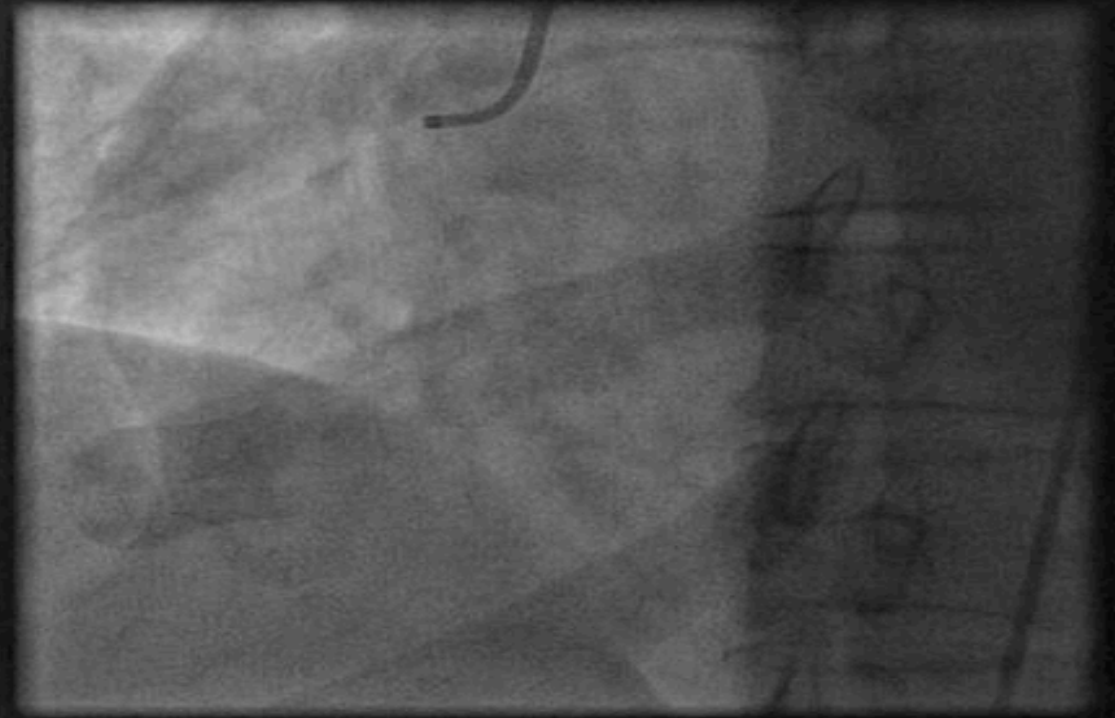
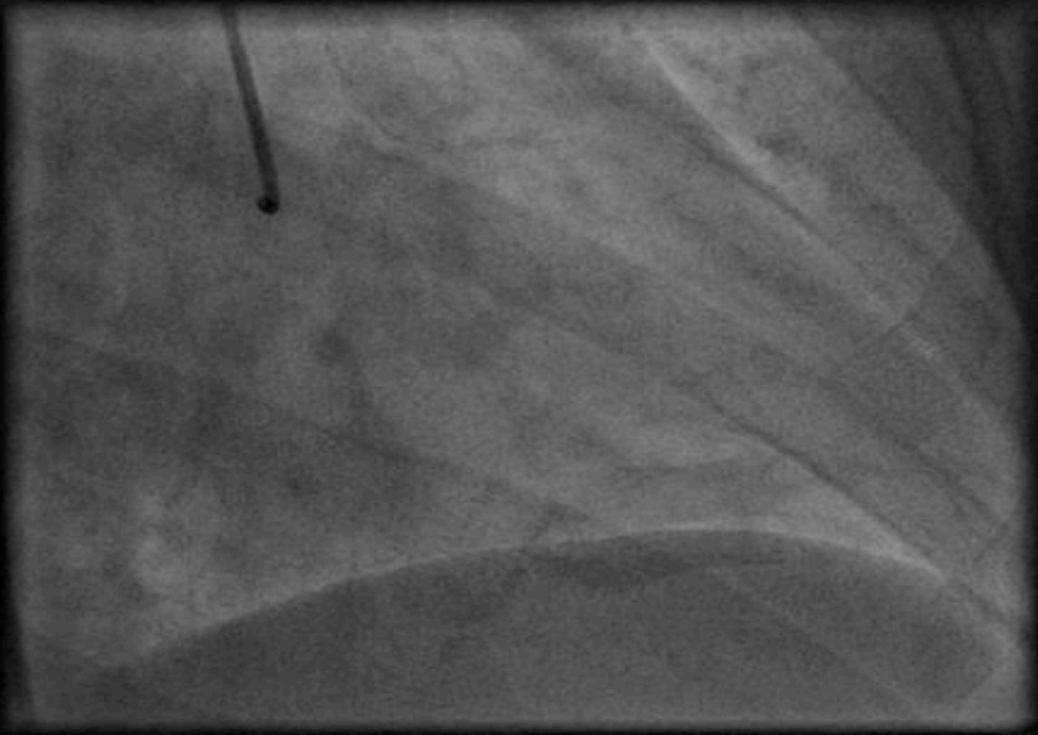
Cas clinique n°2

Présentation Clinique

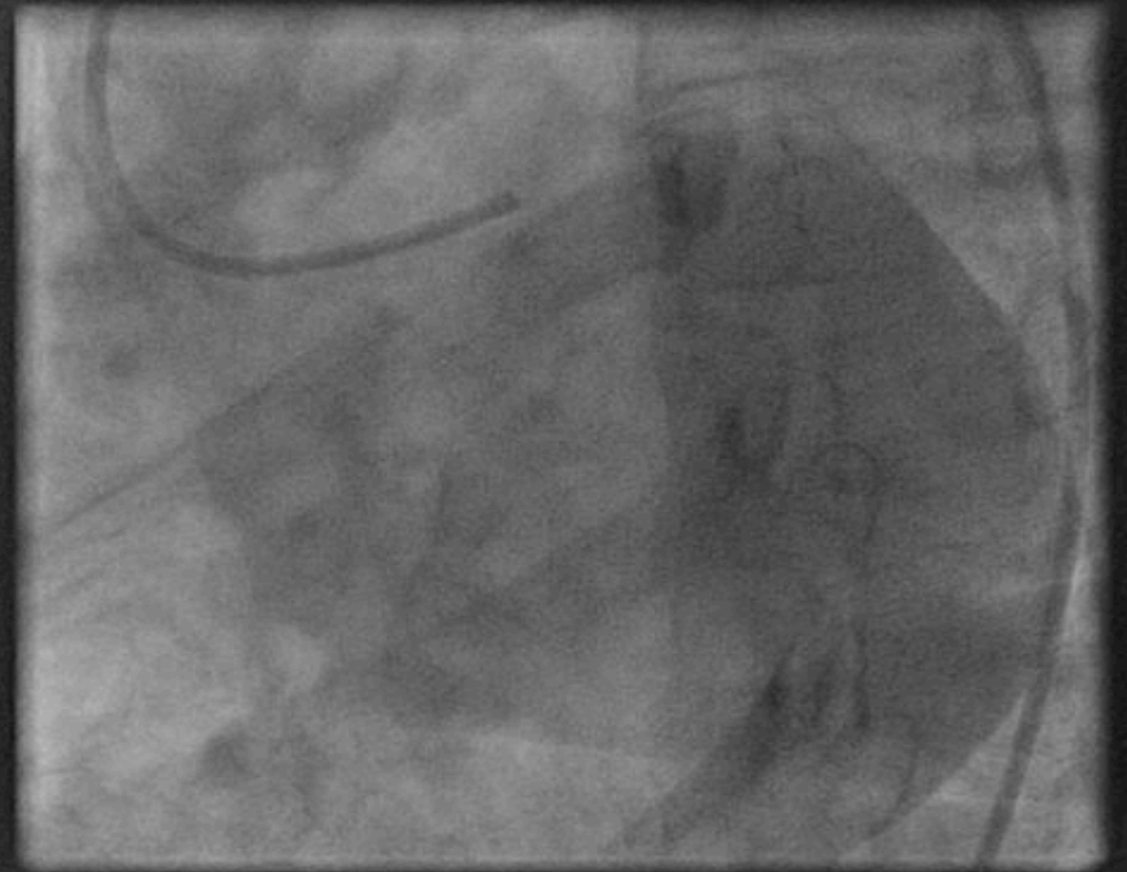
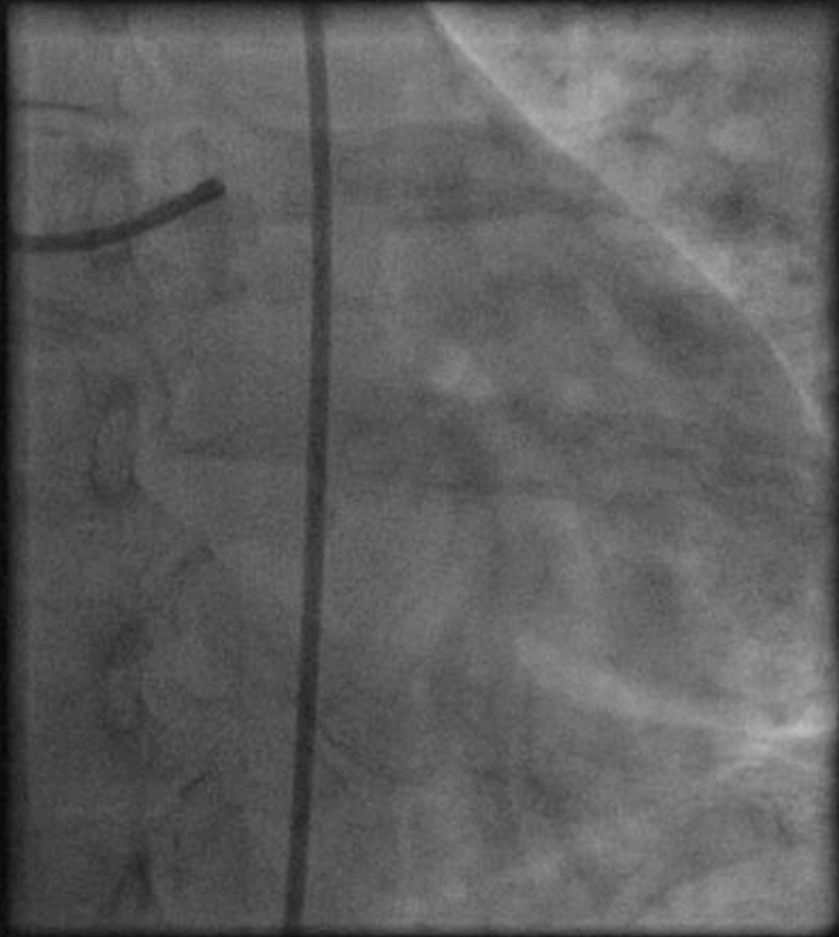
- Mme B, 36 ans.
- Pas de FDR CV, 160cm, 73Kg; G4 P2
- J5 post partum d'un enfant mort né à terme (pas d'étiologie):
Douleur tho de 45 min
→ **Urgence:** asympo, ECG normal, Tn Us 1,4
angioTDM: pas d'EP, pas de dissection



Cath lab, à nouveau asymptomatique..



Cath lab, à nouveau asymptomatique..

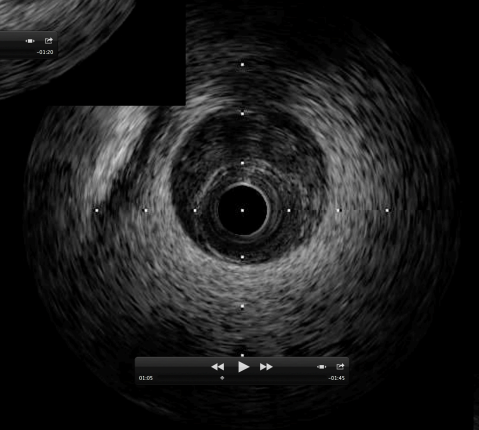
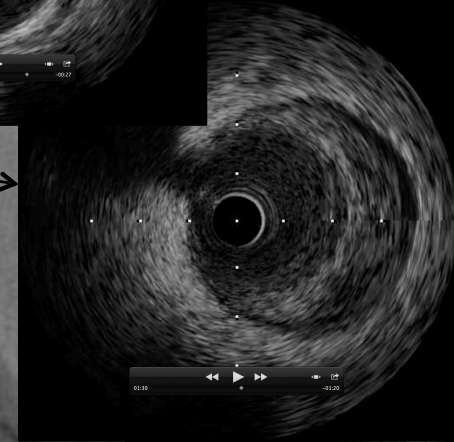
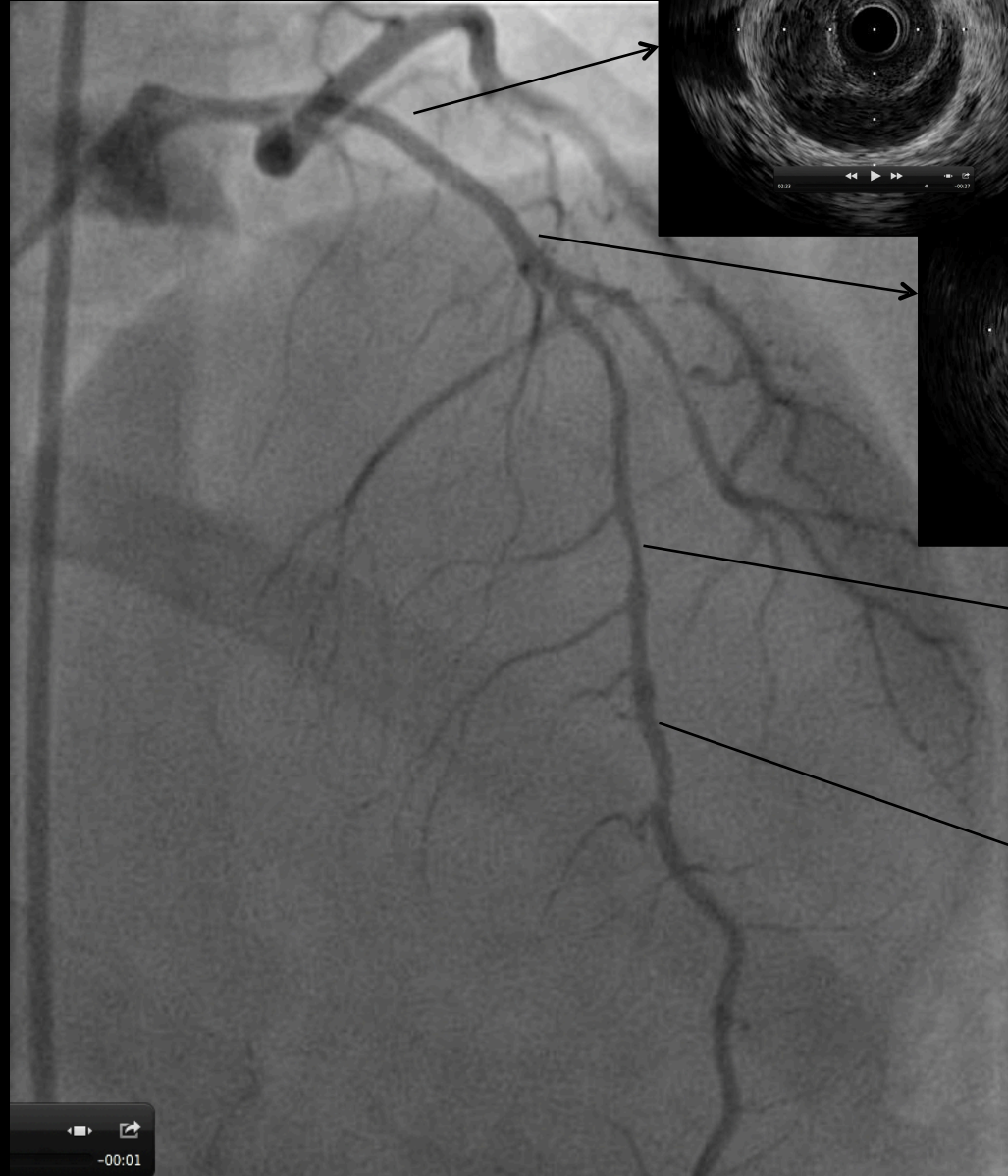


Cath lab, à nouveau asymptomatique..



CONDUITE A TENIR ?

IVUS



CONDUITE A TENIR ?

Attentiste

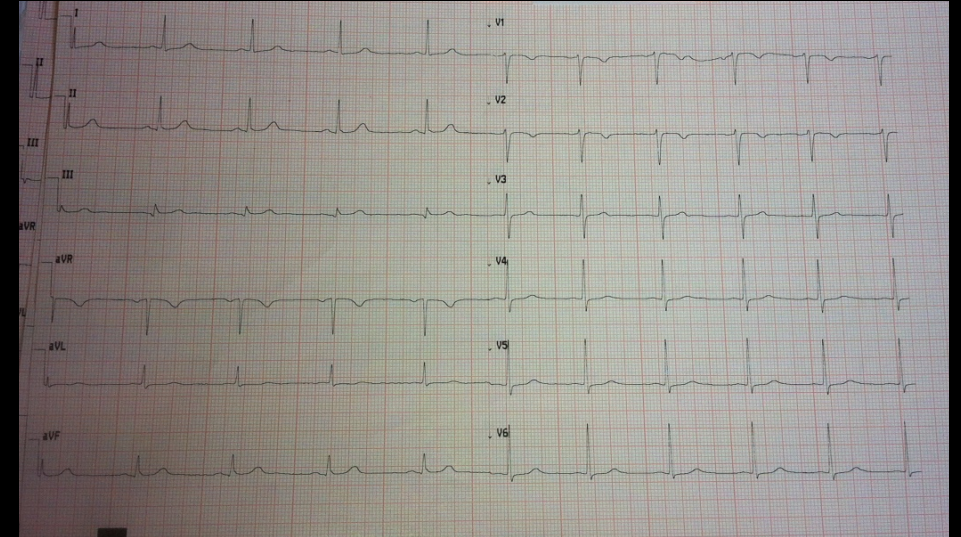
- Mono-thérapie AAP par Aspirine
- Betabloquant +++
- Statine +/- IEC
- Réévaluation angiographique à distance et surveillance clinique armée

Coronarographie à 1 semaine

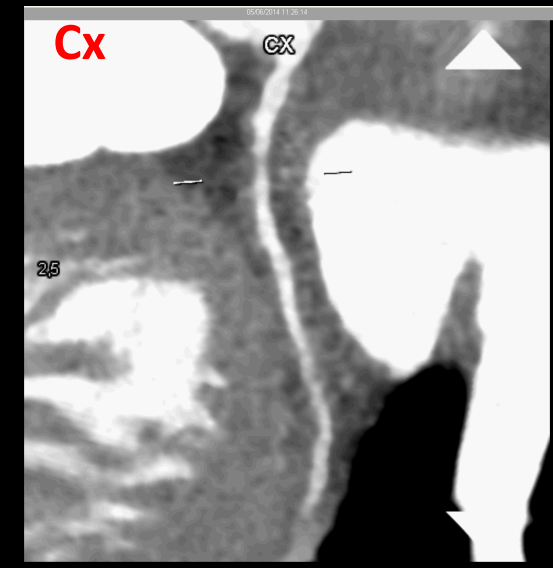


A 2 semaines

- Toujours asymptomatique
- ECG



- Coroscanner

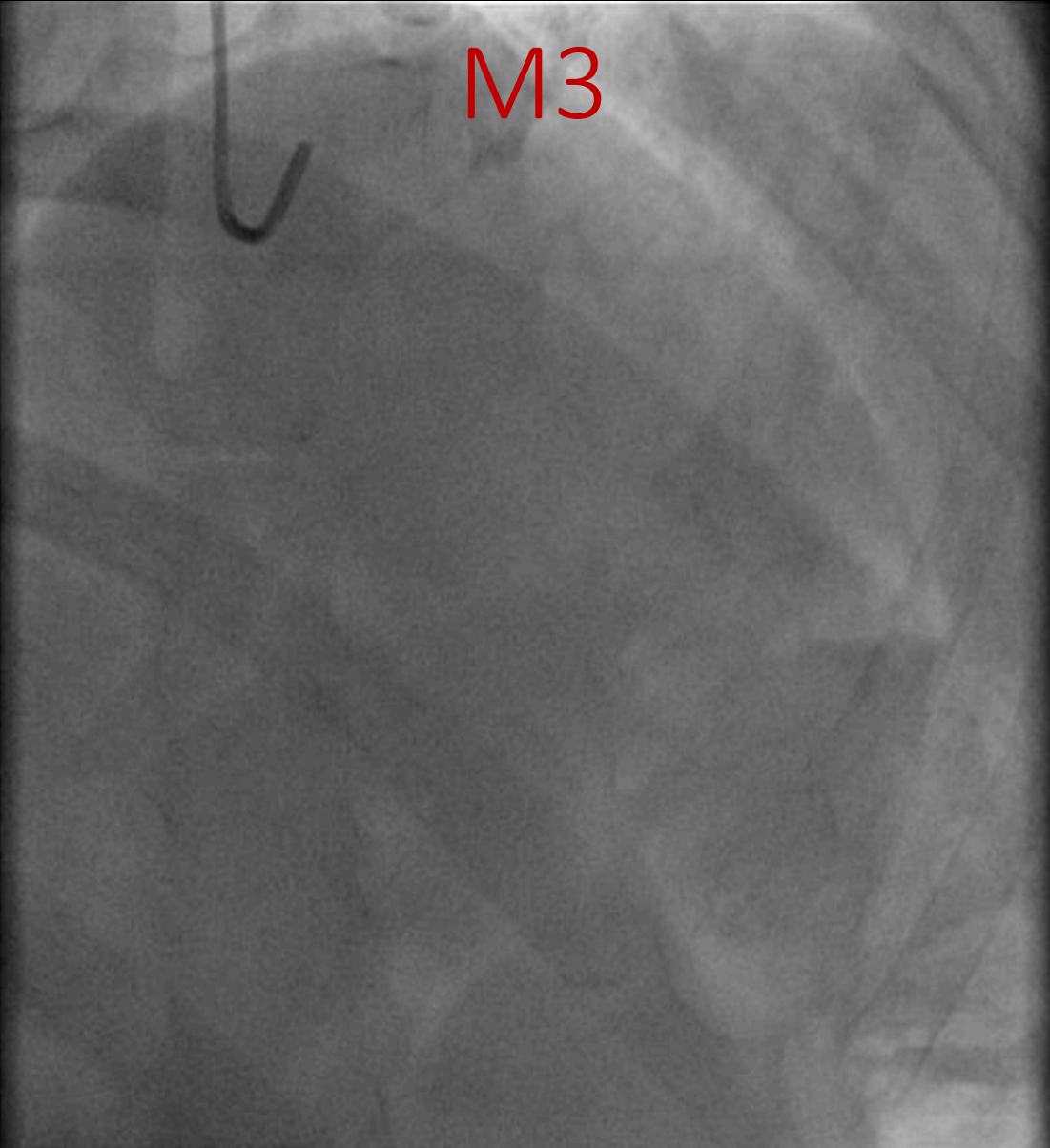


A 3 mois

J7

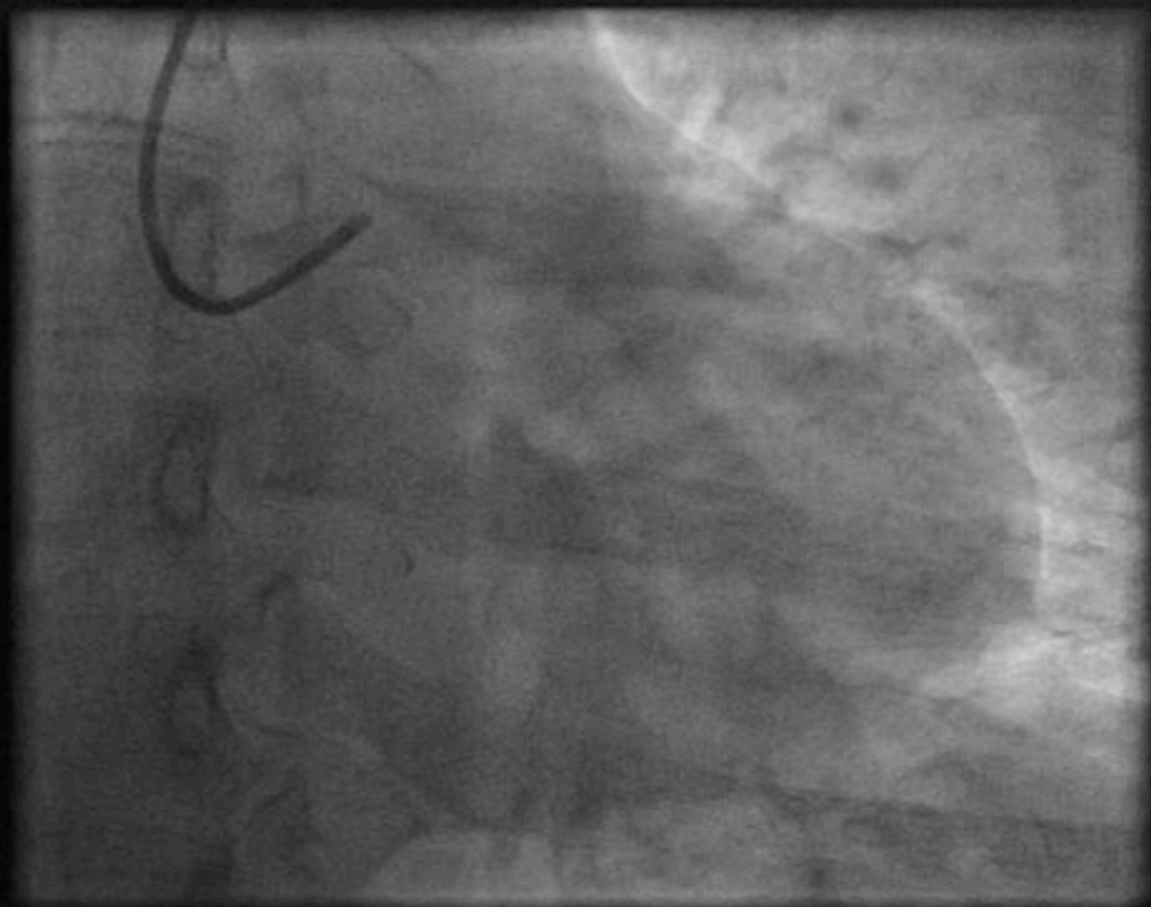
A grayscale ultrasound image showing a longitudinal view of a fetal spine. A curved line on the left side of the image indicates the position of the fetal head. The spine is visible as a series of bright, curved lines.

M3

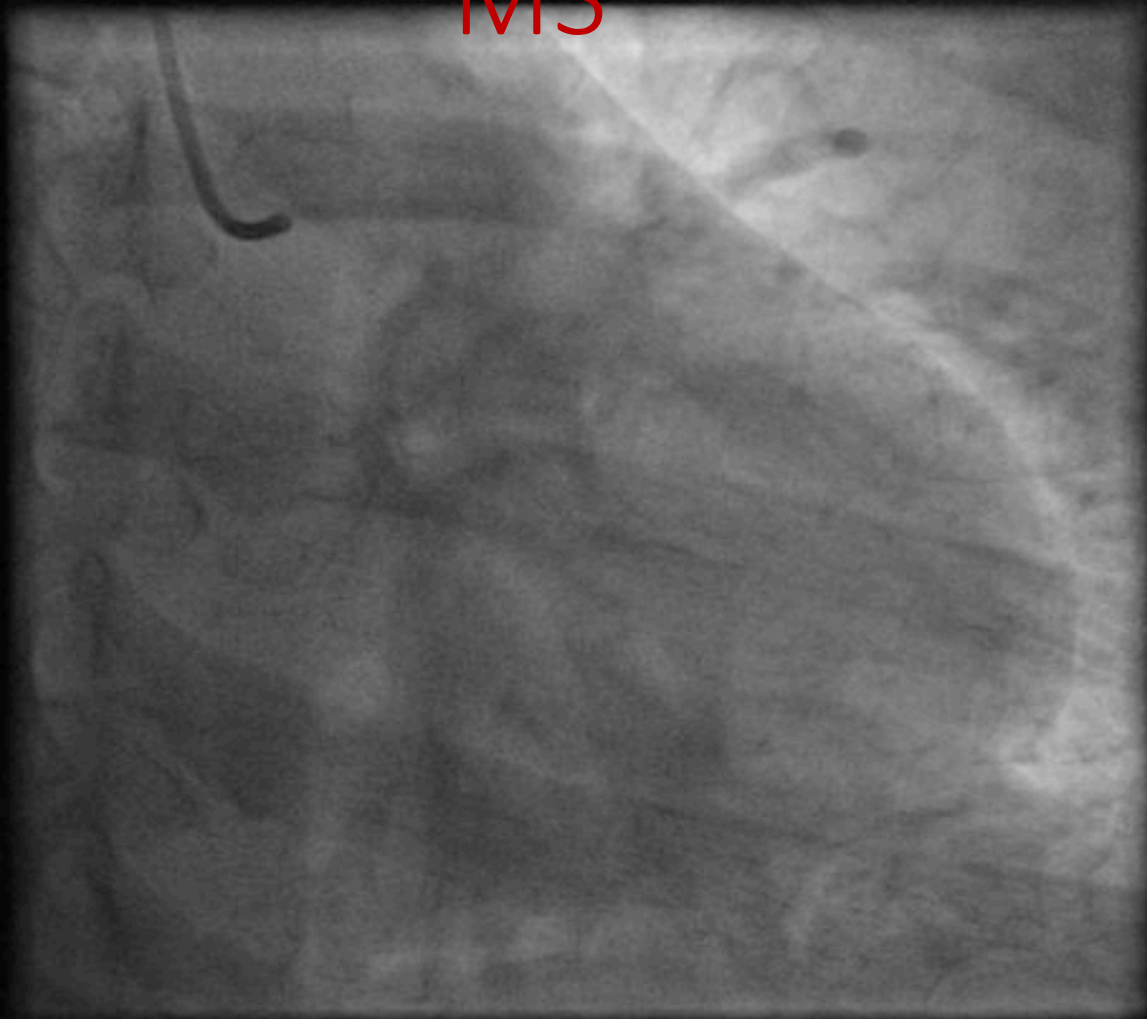
A grayscale ultrasound image showing a longitudinal view of a fetal spine. A curved line on the left side of the image indicates the position of the fetal head. The spine is visible as a series of bright, curved lines.

A 3 mois

J7

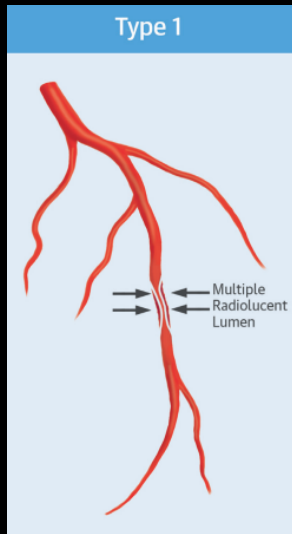


M3

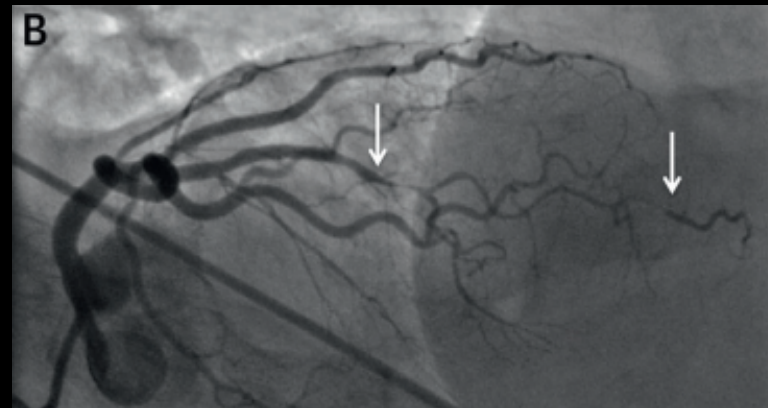
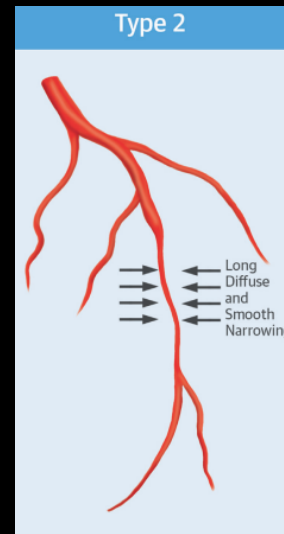


Dissection coronaire spontanée

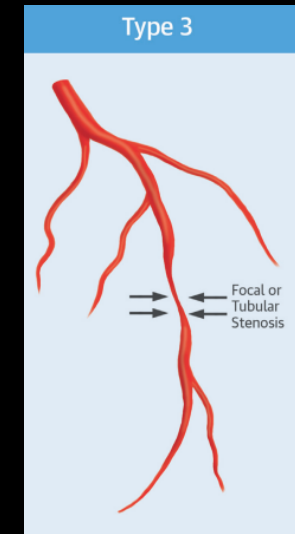
67,5%



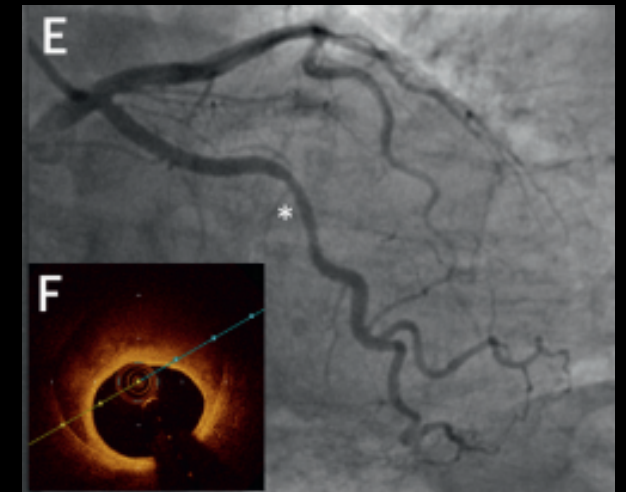
29,1%



3,4%



Saw and al, JACC, 2017



Saw and al, JACC, 2016

Dissection coronaire

SCAD :

1,7 à 4% des SCA

Environ 30 à 40 % des SCA de la femme jeune

Physiopathologie complexe, étiologie multifactorielle : Place de la dysplasie fibromusculaire

Dissection iatrogène :

5% en angiographie, 40% en OCT

Facteurs prédictifs : Calcification, berge non saine, oversizing du stent

Prise en charge :

Tant que possible : CONSERVATEUR

Conclusion

- **Savoir y penser : SCA illégitime**, cas classique : Femme jeune, péri-partum , correspond finalement à une minorité des patients
- Si flux TIMI 3 et aspect douteux :
 - Ne pas se précipiter
 - Place de **l'imagerie endocoronaire +++**
- Si flux TIMI 3 :
 - **Traitement conservateur +++**
 - Betabloquant et Aspirine
 - Place du coroscanner dans le suivi des dissections proximales
- Si nécessité d'angioplastie : quelques règles à respecter
- **Dépister la dysplasie fibromusculaire**