

Actualisations et perspectives en pathologie cardiovasculaire



5 6 7
JUN 2019

Vous avez dit spastique?



PRIETO Stéphanie
CH Haguenau

Cas concret

- ▶ Mr L 66 ans.
- ▶ Facteurs de risque cardiovasculaire : Tabac sevré et surpoids (109kgs pour 182cm IMC 32).
- ▶ Antécédents :
 - otite traitée chirurgicalement
 - coloscopies régulières car antécédents familiaux de néoplasie colique.

Il y a 1 mois, ce patient présente un angor de novo.

Il est adressé dans notre centre pour une coronarographie.

Cette procédure aura lieu par voie radiale en matériel 6F.

Cas concret

Réseau gauche :

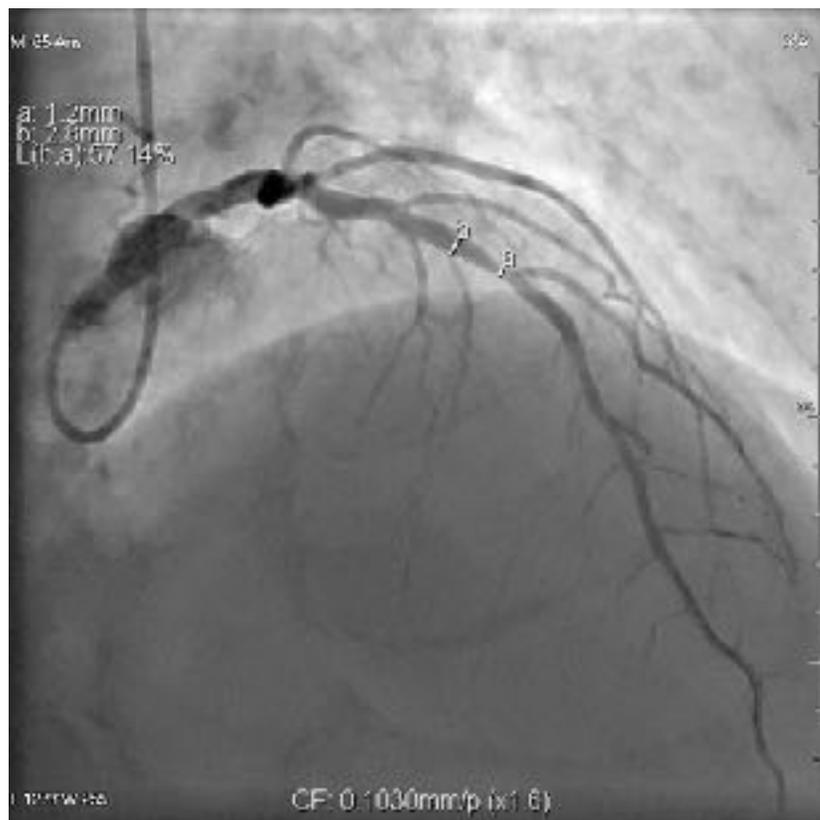


Réseau droit :



Cas concret

Etude par FFR

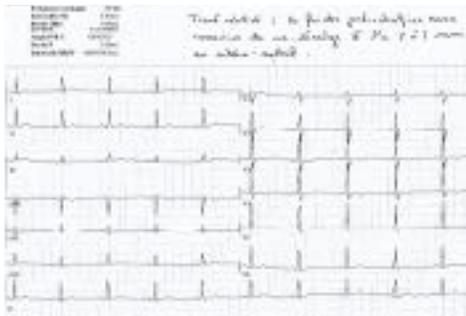


Résultat final : dilatation et stenting



Cas concret

Depuis l'examen, persistance de douleurs thoraciques pluri quotidiennes. Il consulte son cardiologue qui constate un sus décalage **transitoire** dans le territoire antérieur.



Une nouvelle coronarographie est réalisée par voie fémorale.

Au niveau du réseau coronaire gauche:

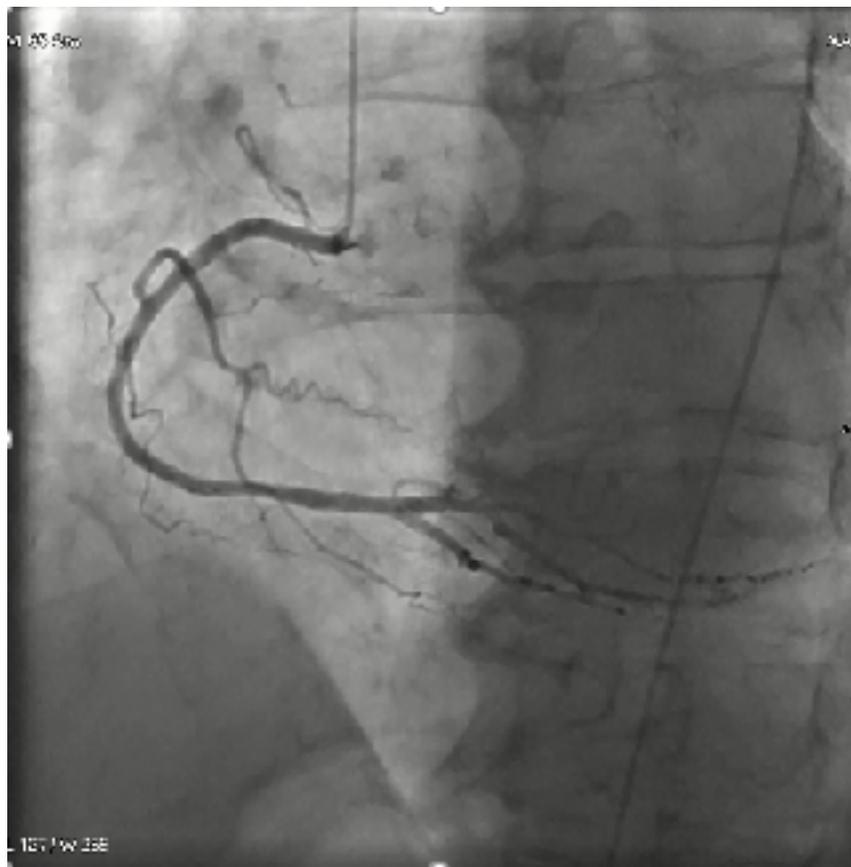
bon résultat de l'angioplastie et stenting d'il y a un mois.



Cas concret

Au niveau du réseau coronaire droit :
athérome non significatif.

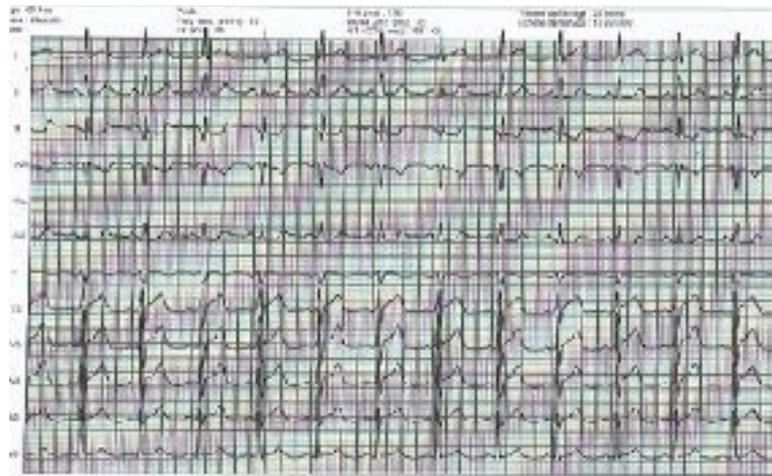
Décision de réaliser un test au Méthergin®.



Cas concret

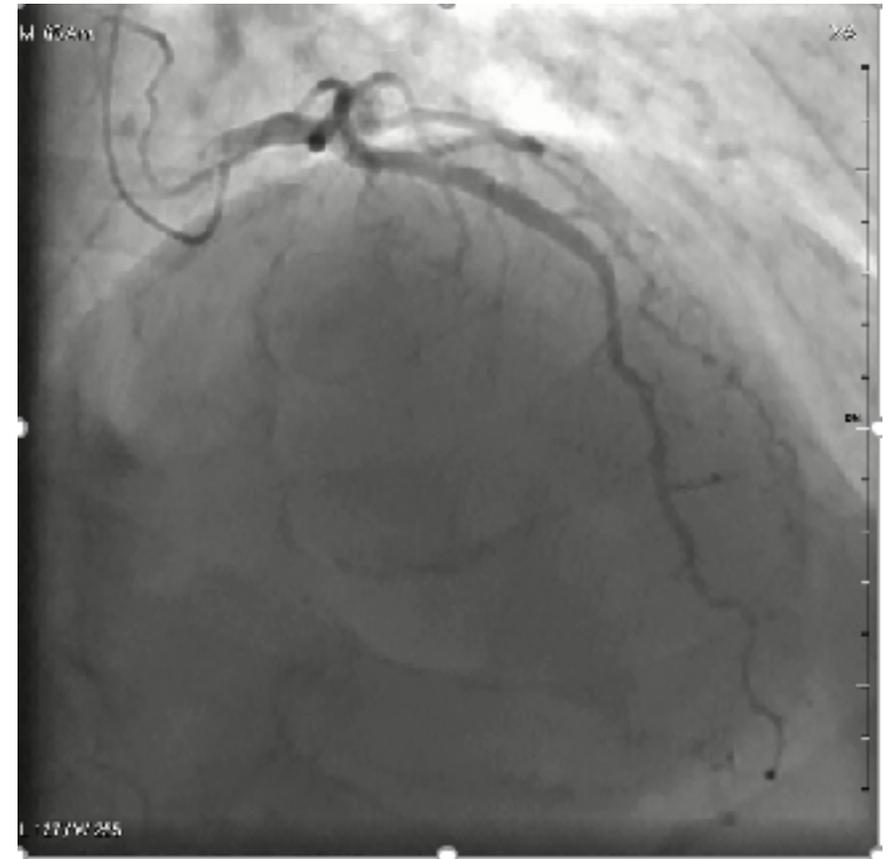
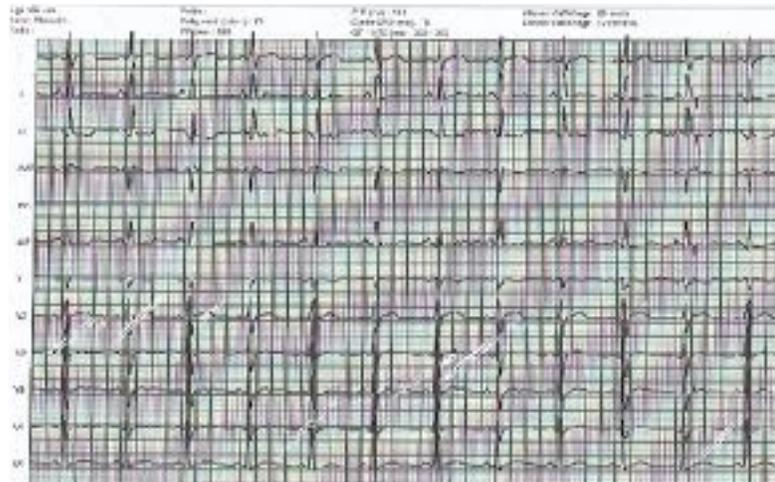
Au niveau du réseau coronaire gauche : ce test s'avère positif au bout de 4 minutes avec :

- TIMI 0 de l'IVA post stent et spasme en amont du stent,
- Modifications électriques,
- Douleurs thoraciques.



Cas concret

Restitution rapide d'un flux après administration rapide de 2 fois 1mg de Risordan® et de 0,2mg d'Isoptine®.
L'ECG se normalise et les douleurs régressent.



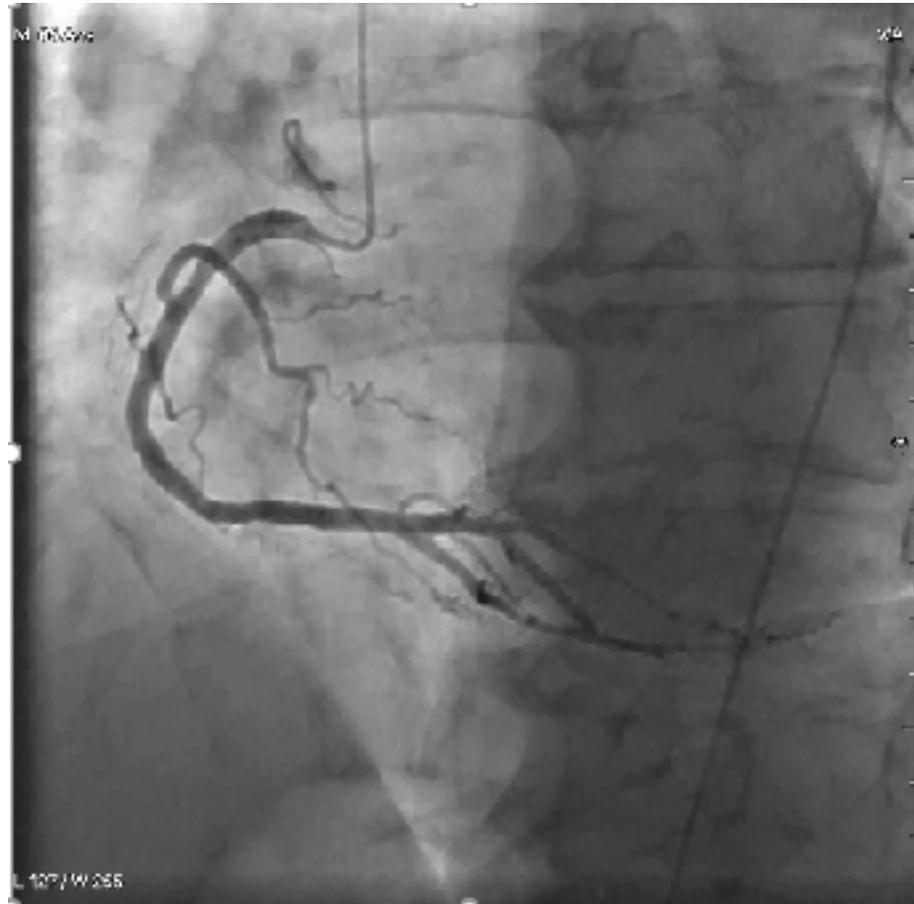
Cas concret

Au niveau de la coronaire droite:

Stabilité de l'aspect angiographique.

Administration également

d'1 mg de Risordan® et de 0,2 mg d'Isophtine®.



L'angor spastique ou angor de Prinzmetal

- ▶ Il s'agit d'une réduction brutale de calibre d'une ou de plusieurs artères coronaires, consécutive à une **vasoconstriction** importante entraînant une ischémie myocardique transitoire particulièrement sévère.
- ▶ C'est le **Dr Prinzmetal** qui décrit ce type d'angine de poitrine en 1959.
- ▶ L'ischémie n'est pas due à une sténose mais résulte d'un spasme coronaire.



Physiopathologie et Causes :

Les causes ne sont pas clairement établies.

Le spasme résulterait d'une interaction d'un facteur déclenchant sur une artère susceptible.

Différentes hypothèses sont évoquées :

- Une dysfonction endothéliale,
- Une hyper-réactivité des cellules musculaires vasculaires,
- La carence en magnésium...



Le **tabagisme** semble être un facteur de risque majeur mais la raison n'en est pas claire. De même, la prise de cocaïne, d'alcool, ainsi que de certains médicaments, comme le 5 fluoro-uracile, un anticancéreux ou un antimigraineux, peuvent favoriser la survenue d'un spasme.

Le test au méthergin®

- ▶ Pour confirmer le diagnostic d'angor spastique, un test au Méthergin® peut être proposé.

La molécule utilisée est le méthylergonovine.

Cet examen doit être réalisé en salle de coronarographie et **non** au service.

- ▶ Ce test n'est pas assez réalisé mais il est **indispensable** pour confirmer le diagnostic.

Dans notre centre, 5 tests réalisés depuis le début d'année et ce chiffre tend à augmenter.

2018 : 6 tests sur l'année,

2017 : 3 tests sur l'année,

2016 : 3 tests sur l'année.

Les indications :

- ▶ Douleurs thoraciques répétées résolutes sous dérivés nitrés sans relation à l'effort et apparaissant en fin de nuit.
- ▶ SCA en l'absence de lésion angiographique significative.
- ▶ ACR inexpliqué.
- ▶ Syncope inexpliquée avec antécédent de douleur thoracique.
- ▶ Persistance de douleurs thoraciques après un succès d'angioplastie coronaire.
- ▶ Evaluation de l'efficacité du traitement anti spastique.

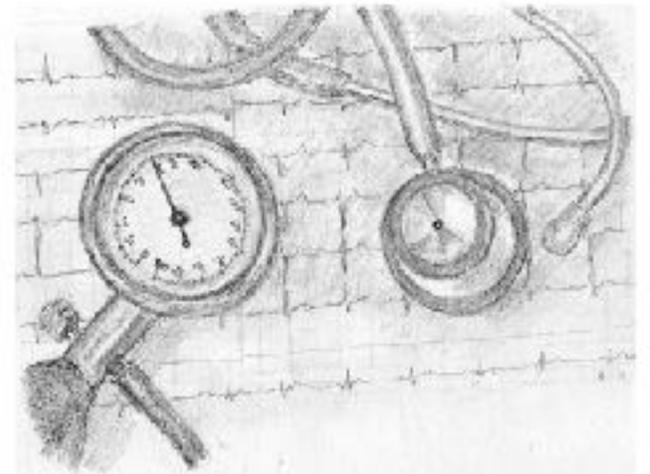
Les contre indications :

- ▶ Toutes contre indications à la coronarographie.
- ▶ IDM en phase aigue.
- ▶ Maladie vasculaire périphérique.
- ▶ HTA sévère.
- ▶ Allergie à la molécule du méthergin: le méthylergométrine.



Les effets secondaires :

- ▶ Poussées hypertensives.
- ▶ Céphalées.
- ▶ Eruptions cutanées.
- ▶ Troubles de la fréquence cardiaque: tachy ou bradycardie.
- ▶ Vasospasme périphérique.
- ▶ Nausées, vomissements.
- ▶ AVC.
- ▶ IDM.



E. Coust

En pratique : avant

Il est nécessaire d'anticiper l'éventualité de la réalisation du test au Méthergin® avant la coronarographie.

Afin d'éviter les faux négatifs, il faut suspendre 24h à 48h avant l'examen les traitements vasoactifs.

Le choix de la voie d'abord est primordial.

- ▶ Il faut bien **expliquer** au patient le déroulement de l'examen.
- ▶ Installation du patient et monitoring: ecg, pression invasive et saturation et vérifier la perméabilité de la voie veineuse.
- ▶ Réalisation de la coronarographie : si aucune sténose significative n'est décelée, le test sera réalisé.



En pratique : pendant

Afin de **sécuriser** l'acte, il est essentiel de :

- prépositionner une sonde au niveau du tronc commun jusqu'au contrôle angiographique.
- disposer sur table un dérivé nitré prêt à l'emploi, afin de lever rapidement un spasme coronaire.

► Injection de 0,4mg de **Méthergin®** (2 ampoules) en IV et mise en place du chronomètre.

► Mettre la sonde en regard de l'artère:

- Du réseau coronaire droit à 2 et 4 minutes.
- Du réseau coronaire gauche à 6 et 8 minutes (on prévoit 2 incidences).

► L'ordre est dépendant de l'opérateur.



En pratique : après

- ▶ Le test est **positif** si :
 - présence de douleurs thoraciques,
 - avec des modifications électriques,
 - et des modifications angiographiques.

Les **3 critères** doivent être présents.

On injecte 3mg de Risordan® et 2mg d'Isoptine® pour lever le spasme

A renouveler si nécessaire.



- ▶ Si le test est **négatif**, on injecte systématiquement 3 mg de Risordan® et 2mg d'Isoptine® en intra coronaire pour éviter un éventuel effet retard.

Traitement :

- ▶ Une fois le diagnostic posé, le traitement doit associer :
 - un contrôle strict des facteurs de risque cardiovasculaire avec un effort tout particulier sur le sevrage du tabac et l'alcool.
 - un traitement au long cours par inhibiteurs calciques.
 - l'administration de dérivés nitrés sublinguaux en cas de crises.



- ▶ L'angioplastie du site spastique peut être envisagée en cas de spasme réfractaire focal sous traitement médical maximal.



- ▶ Parfois il est préconisé, en prévention secondaire, d'implanter un défibrillateur si le spasme coronaire est compliqué de troubles du rythme ventriculaire grave.

Conclusion

- ▶ Le **test au Méthergin®** est une épreuve pharmaco-dynamique de référence, simple et rapide, sans doute sousprescrit à l'heure actuelle chez les patients coronariens, qui doit avoir sa place dans les **salles de cathétérisme**.
- ▶ Il permet de :
 - dépister une vasomotricité coronaire anormale,
 - évaluer l'efficacité d'un traitement anti-spastique.



Pour le bon déroulement de l'examen il faut

une bonne **collaboration** entre le médecin et le paramédical

Merci

