

ZATIA n°1



Florent CHERY, MERM DE

CHU REIMS

Services des explorations fonctionnelles de cardiologie du Pr D.METZ

← Quitter

Rejoindre cet évènement Wooclap



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'évènement
dans le bandeau supérieur

Code d'évènement

OXUUOY

 [Copier le lien de participation](#)

- Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt

Cas de Mme P. 73 ans, 56kg, 155cm

- **FDRCV :**
 - HTA, dyslipidémie
- **ATCDs :**
 - dans les années 70 : lymphome de Hodgkin
 - chimiothérapie et radiothérapie thoracique
 - Complications post radique : BPCO, coronaire et valvulaire
 - 2005 : RVAo (valve méca) + PAC x1 (MIG-IVA)
 - 2022 : néoplasie mammaire bilatérale traitée par mammectomie bilatérale
- **Aujourd'hui : RM serré massivement calcifié symptomatique (dyspnée stade II fort NYHA)**

L'ETT

- *FEVG conservée*
- *VG non dilaté (45mm) discrètement hypertrophié (SIVd 13 mm)*
- *valve aortique mécanique :*
 - Vmax à 1,6 m/s,
 - gradient max à 10 mmHg, gradient moyen à 6 mmHg,
 - IP à 0,81 sans fuite visualisée
- *valve mitrale :*
 - massivement calcifiée : RM serré (Vmax à 2,4 m/s, gradient max à 22 mmHg, gradient moyen à 12 mmHg)
 - associé à une fuite de grade I
 - compliqué d'une HTP (PAPs à 60 mmHg)

Le cathétérisme cardiaque droit-gauche

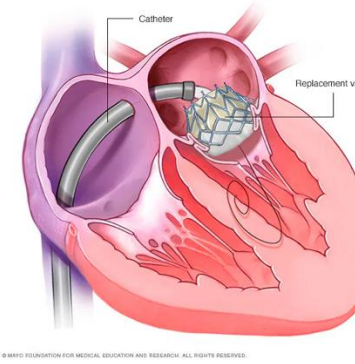
- La coro' :
 - pontage MIG- IVA perméable
 - sténose de l'ostium du tronc
 - sténose de l'ostium CD
 - occlusion chronique CD2
- Le cathé' droit :
 - HTP post-capillaire (PAPs à 52 mmHg, PAPm à 35 mmHg, PAPd à 21 mmHg, RVP2 UI Wood)

La stratégie de PeC du RM en 2 temps

- très haut risque chir => PeC percutanée

- Sapien 3 29 mm en position mitrale

voie percutanée veineuse fémorale D et trans-septale



- risque : obstruction de la voie d'éjection aortique post-procédure,
(verticalisation de la valve mitrale antérieure)



- comment l'éviter ? **diminuer l'épaisseur du septum interventriculaire**
- par quel process ? **alcoolisation septale en amont**



1-L' alcoolisation septale :

1. Est indiquée pour le traitement des CMHO
2. Est indiquée pour le traitement des CMD
3. Permet d'amincir le SIV
4. Consiste à injecter lentement (1 min) et sélectivement <3 ml d'OH à 96%
5. Consiste à injecter rapidement et sélectivement <3 ml d'OH à 96%
6. Nécessite l'utilisation d'un ballon monorail
7. Nécessite l'utilisation d'un ballon co-axial





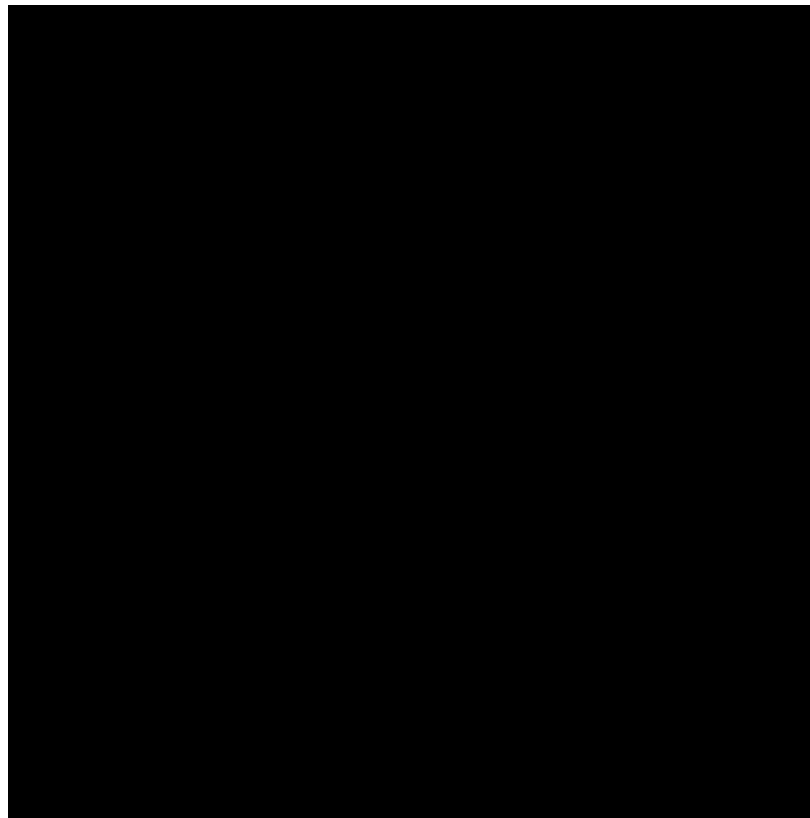
1-L' alcoolisation septale :

1. Est indiquée pour le traitement des CMHO
2. Est indiquée pour le traitement des CMD
3. Permet d'amincir le SIV
4. Consiste à injecter lentement (1 min) et sélectivement <3 ml d'OH à 96%
5. Consiste à injecter rapidement et sélectivement <3 ml d'OH à 96%
6. Nécessite l'utilisation d'un ballon monorail
7. Nécessite l'utilisation d'un ballon co-axial



Mais ...

- occlusion chronique CD
- suppléance par les septales



- CI à une alcoolisation septale (risque d'infarctus inférieur étendu).
- la stratégie envisagée ?

coil dans une septale, stent couvert sur l'IVA proximale =
infarctus « controle » au septum basal



2-L'architecture du stent couvert

1. Alliage métallique seul
2. Alliage métallique + polymère imprégné de substance médicamenteuse
3. Alliage métallique recouvert de PTFE
4. Membrane PTFE en « sandwich » entre 2 stents
5. Tube métallique plein





2-L'architecture du stent couvert

1. Alliage métallique seul
2. Alliage métallique + polymère imprégné de substance médicamenteuse
3. Alliage métallique recouvert de PTFE
4. Membrane PTFE en « sandwich » entre 2 stents
5. Tube métallique plein





3-Utilisation du stent couvert

1. Perforation coronaire
2. Anévrysme
3. Occlusion sélective
4. Lésion de type A





3-Utilisation du stent couvert

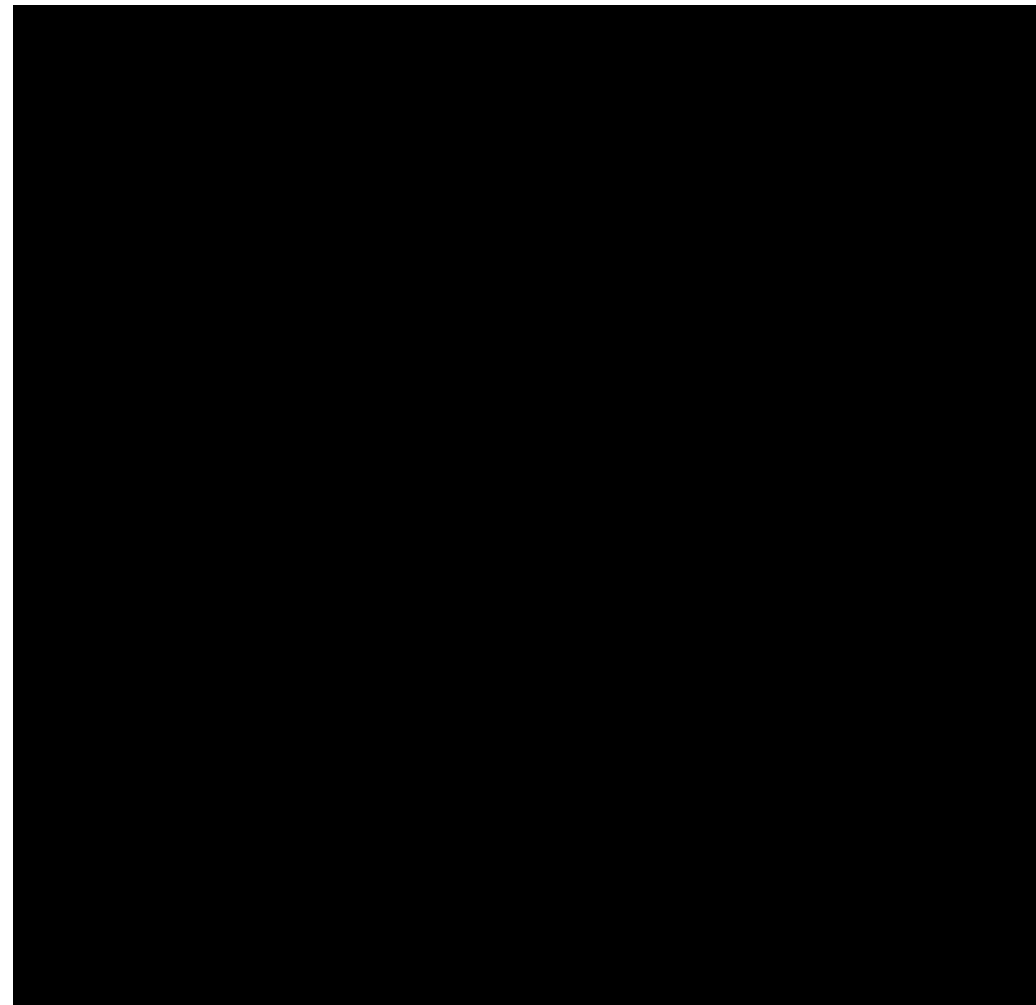
1. Perforation coronaire
2. Anévrisme
3. Occlusion sélective
4. Lésion de type A



ATC stent couvert

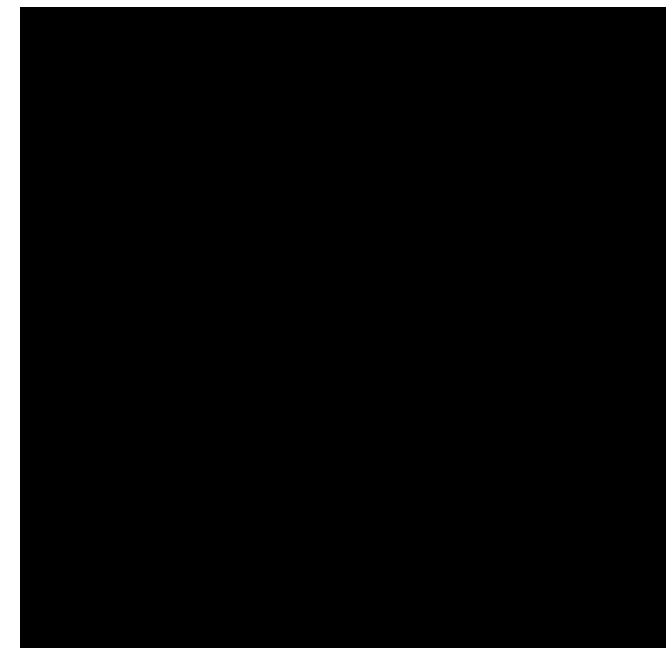
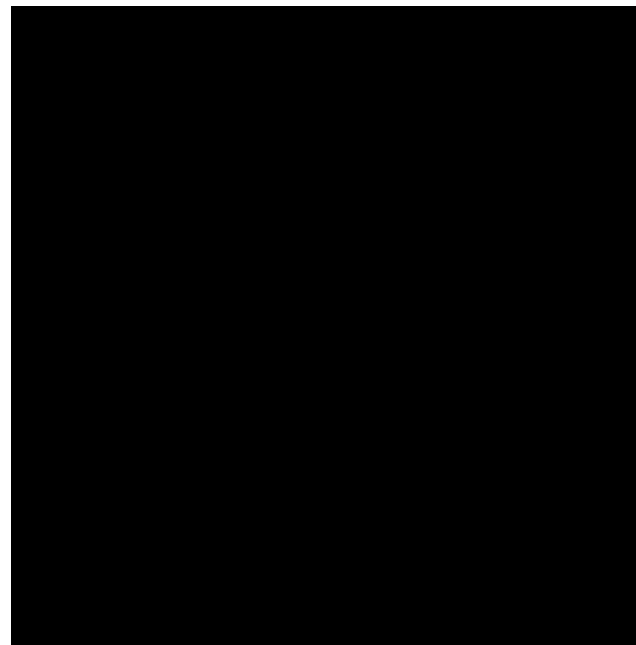
- Guiding 6F Ebu3.0
- Double guiding SION Blue + BMU
(préservation de la diagonale)

Echec de franchissement du
TCG avec le stent couvert

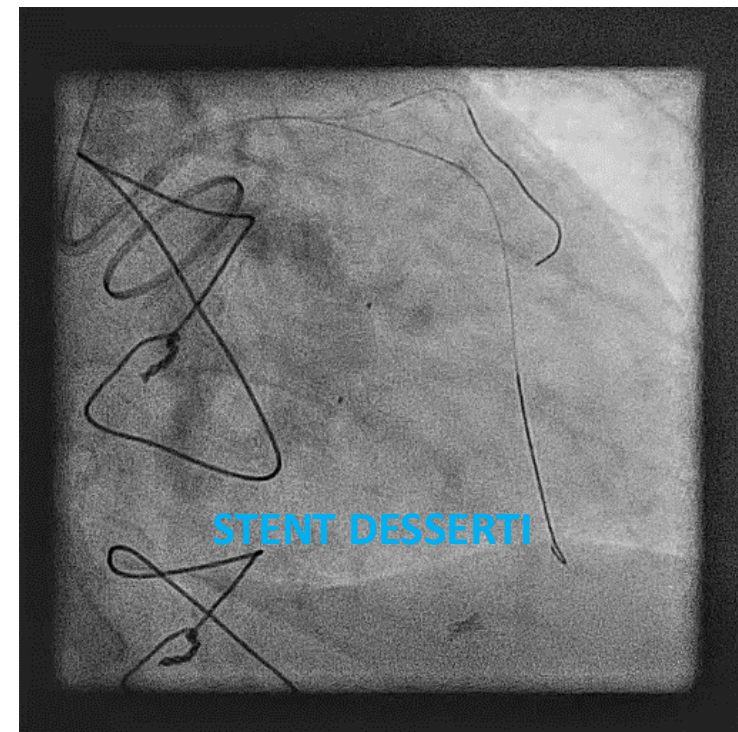
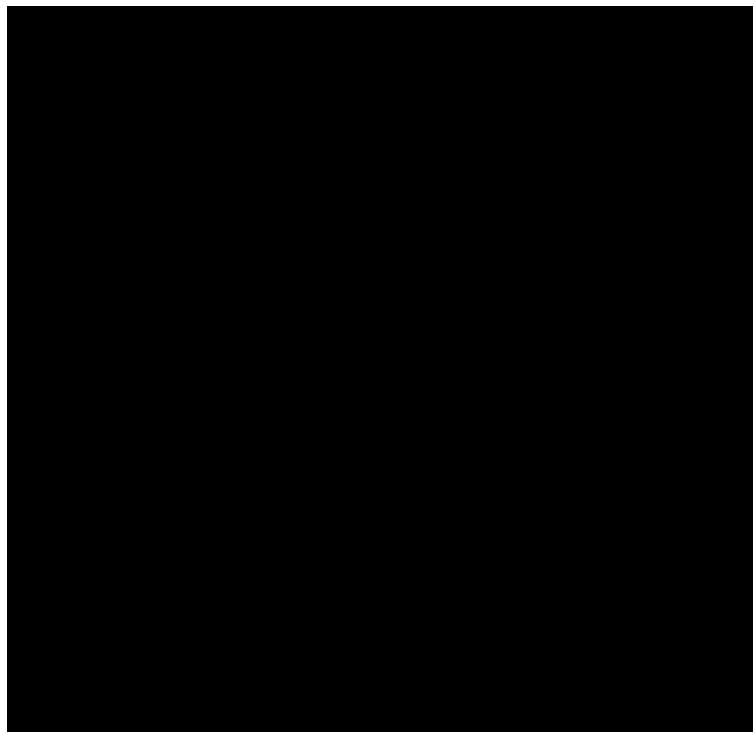
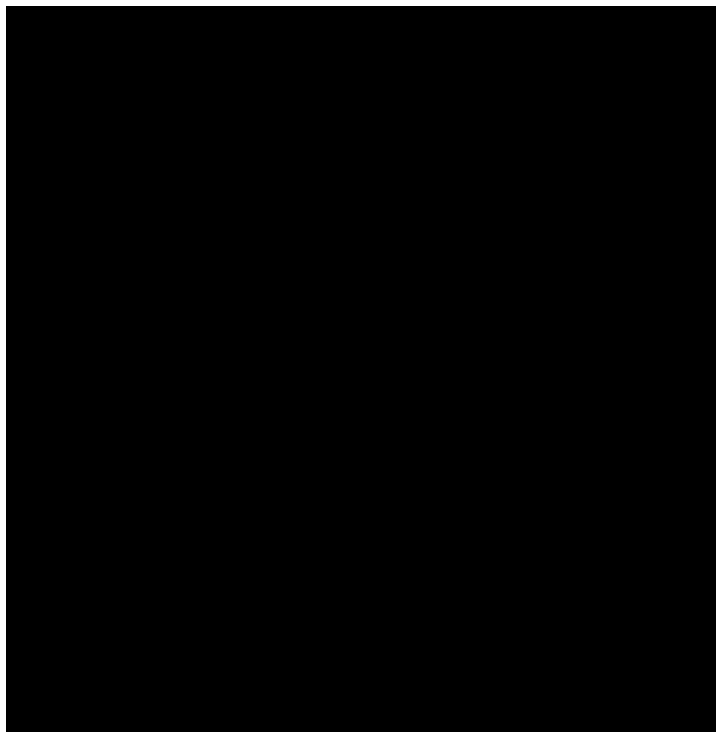


ATC TCG

- Prédilatation ballon Sapphire II Pro 2,5 x 15 mm
- SCORFLEX 3,000 mm x10,00
- DES Orsiro 3,0*12 mm
- POT



STENT COUVERT : 2^{ème} essai



Echec franchissement du TCG avec le stent couvert



4- Mécanisme(s) de dessertissage

1. Retrait non coaxial d'un stent n'ayant pas franchi la lésion
2. Stent bloqué dans une lésion mal préparée/stent déjà en place
3. Stent bloqué dans un précédent stent « mal apposé »
4. DJ en première main





4- Mécanisme(s) de dessertissage

1. Retrait non coaxial d'un stent n'ayant pas franchi la lésion
2. Stent bloqué dans une lésion mal préparée
3. Stent bloqué dans un précédent stent « mal apposé »
4. DJ en première main





5- Le stent est totalement desserti mais le guide est en place. Que fait-on ?

1. On repositionne le ballon
2. On retire tout et on laisse le stent là où il est
3. On passe un ballon <1.5mm dans la lumière du stent qu'on inflame en aval pour tracter le stent
4. On passe un guide 0.014 en parallèle qu'on twist autour du Buddy Wire





5- Le stent est totalement desserti mais le guide est en place. Que fait-on ?

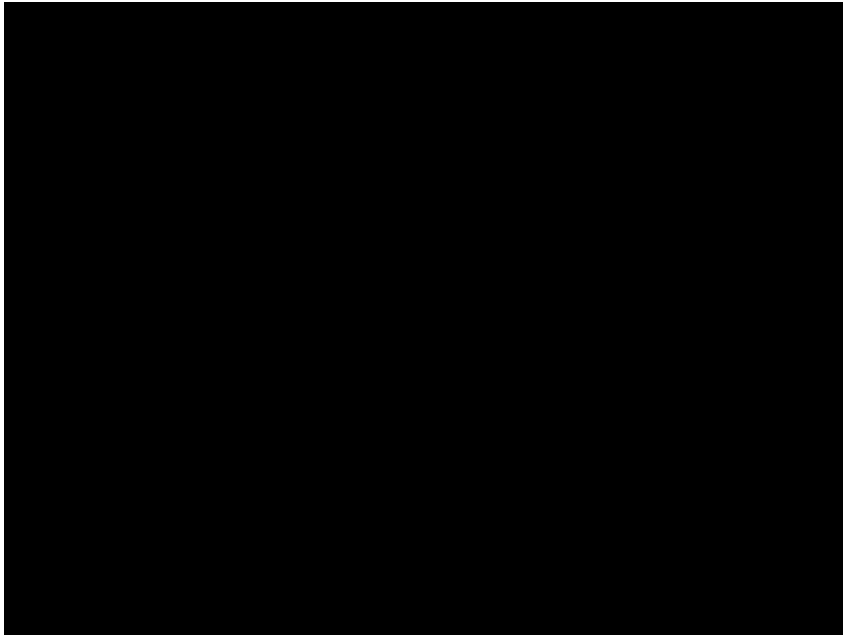
1. On repositionne le ballon
2. On retire tout et on laisse le stent là où il est
3. On passe un ballon <1.5mm dans la lumière du stent qu'on inflame en aval pour tracter le stent
4. On passe un guide 0.014 en parallèle qu'on twist autour du Buddy Wire



On passe un ballon <1.5mm dans la lumière du stent qu'on inflame en aval pour tracter le stent

Ca marche!!!

Mais au retrait du matériel : Pas de stent...



Où est passé le stent ???





6- Le guide a sauté... Que fait on?

1. Site proximal : on utilise un lasso (snare technique)
2. Site distal : on utilise 3 guides 0.014 qu'on twistte une fois le stent franchit
3. On crush le stent desserti via un ballon puis un stent en parallèle
4. On arrête tout et on sert les fesses ...



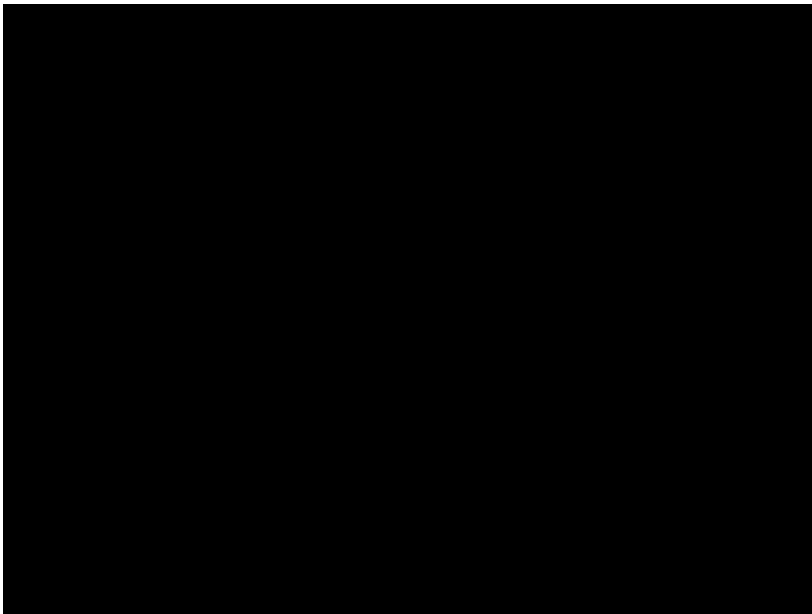


6- Le guide a sauté... Que fait on?

1. Site proximal : on utilise un lasso (snare technique)
2. Site distal : on utilise 3 guides 0.014 qu'on twistte une fois le stent franchit
3. On crush le stent desserti via un ballon puis un stent en parallèle
4. On arrête tout et on sert les fesses ...



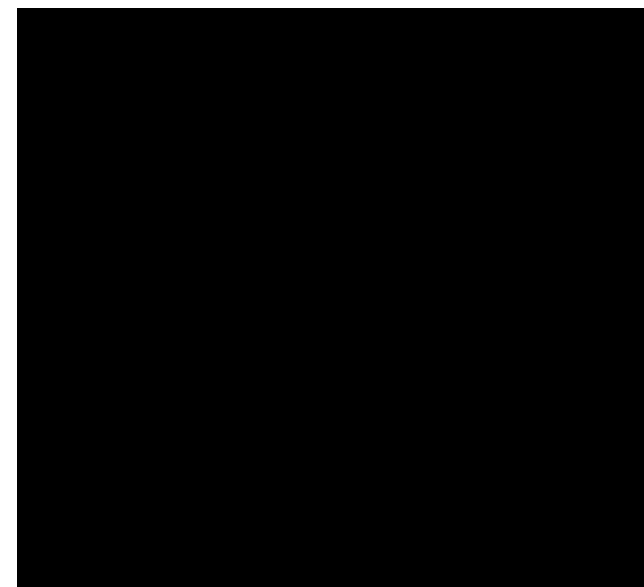
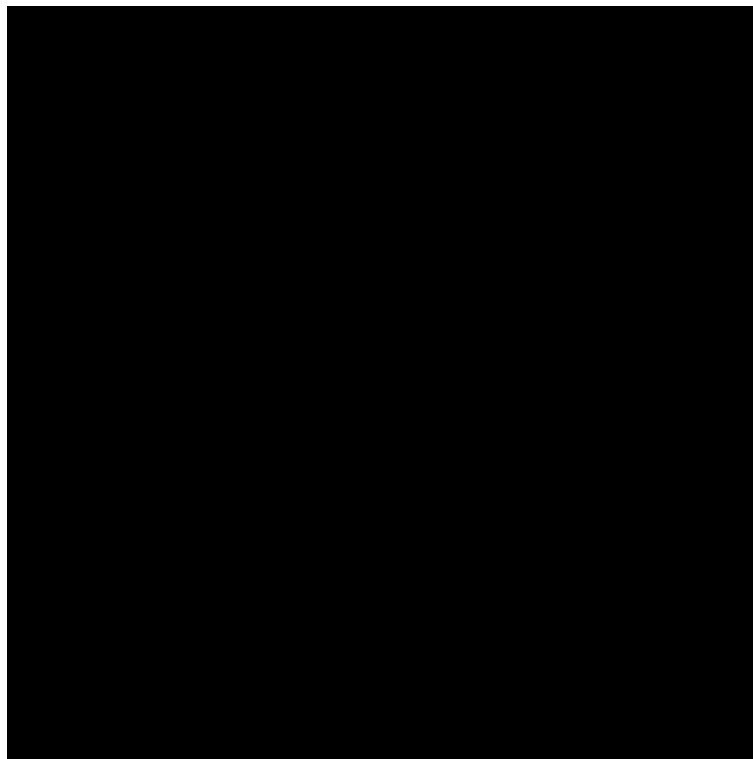
Essayons au Lasso



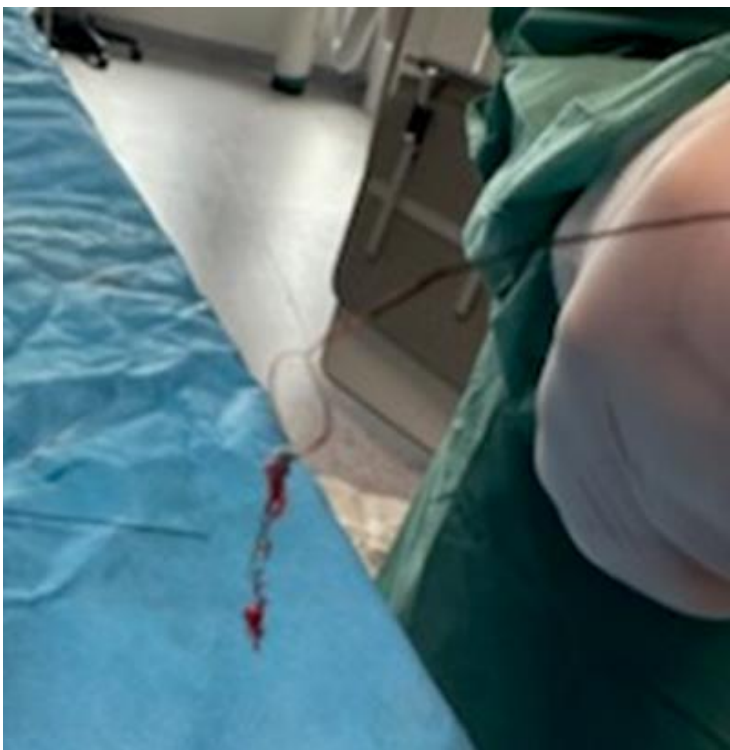
ECHEC



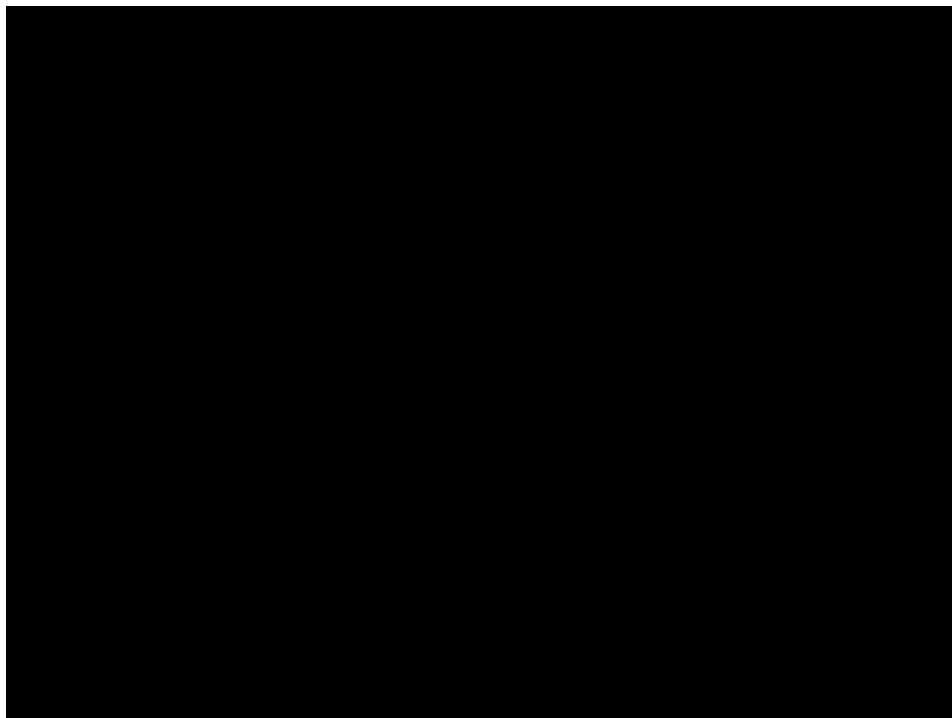
Cross Over 8Fr fémoral



Ils sont là !!!



Contrôle final



Take home message

- Ne pas dessertir (préparer la lésion+++, retrait coaxial+++)
- Stabilité hémodynamique
- Environnement pharmacologique
- Connaitre les procédures d'urgence et le matériel +++
- Localisation du dessertissage
- Stent totalement /partiellement desserti
- Le guide est-il encore en place ?
- Stratégie ? Retrait/déploiement en amont/crush



Tout particulièrement au Pr L.FAROUX et Dr A.VILLECOURT pour leur aide et disponibilité