

Les vraies fausses bonnes indication de CTO De la théorie à la pratique

Antoine Py
Clinique de l'Europe
Amiens

La CTO : Etat de l'art

- La CTO constitue encore un challenge alléchant pour les angioplasticiens, considérée comme le graal technique
- Ses indications théoriques relèvent de celles du syndrome coronarien chronique (sans tenir compte du syntax score)
- Mais elle confronte à une difficulté particulière corollaire d'un risque non nul
- Elle ne se conçoit que dans un contexte environnemental codifié

La CTO : Un environnement codifié

- Dans une unité disposant de tout le matériel idouane
- Par une équipe dédiée éventuellement complétée par un proctor
- Au cours une session réservée d'au moins une demie journée
- Après que le patient ait été discuté en staff médico chirurgical
- Après que la stratégie ait été discutée par l'équipe dédiée

La CTO : Quel bénéfice pour le patient ?

- La CTO ne sauve pas de vie au moins à court terme
- La CTO améliore la qualité de vie si le patient est symptomatique et que l'ischémie est large ($>> 10\%$ soit > 2 segments/17)
- La CTO n'améliore la FEVG que si elle concerne l'IVA proximale et que le myocarde d'aval est viable et idéalement ischémique

La CTO : Quel bénéfice pour le patient ?

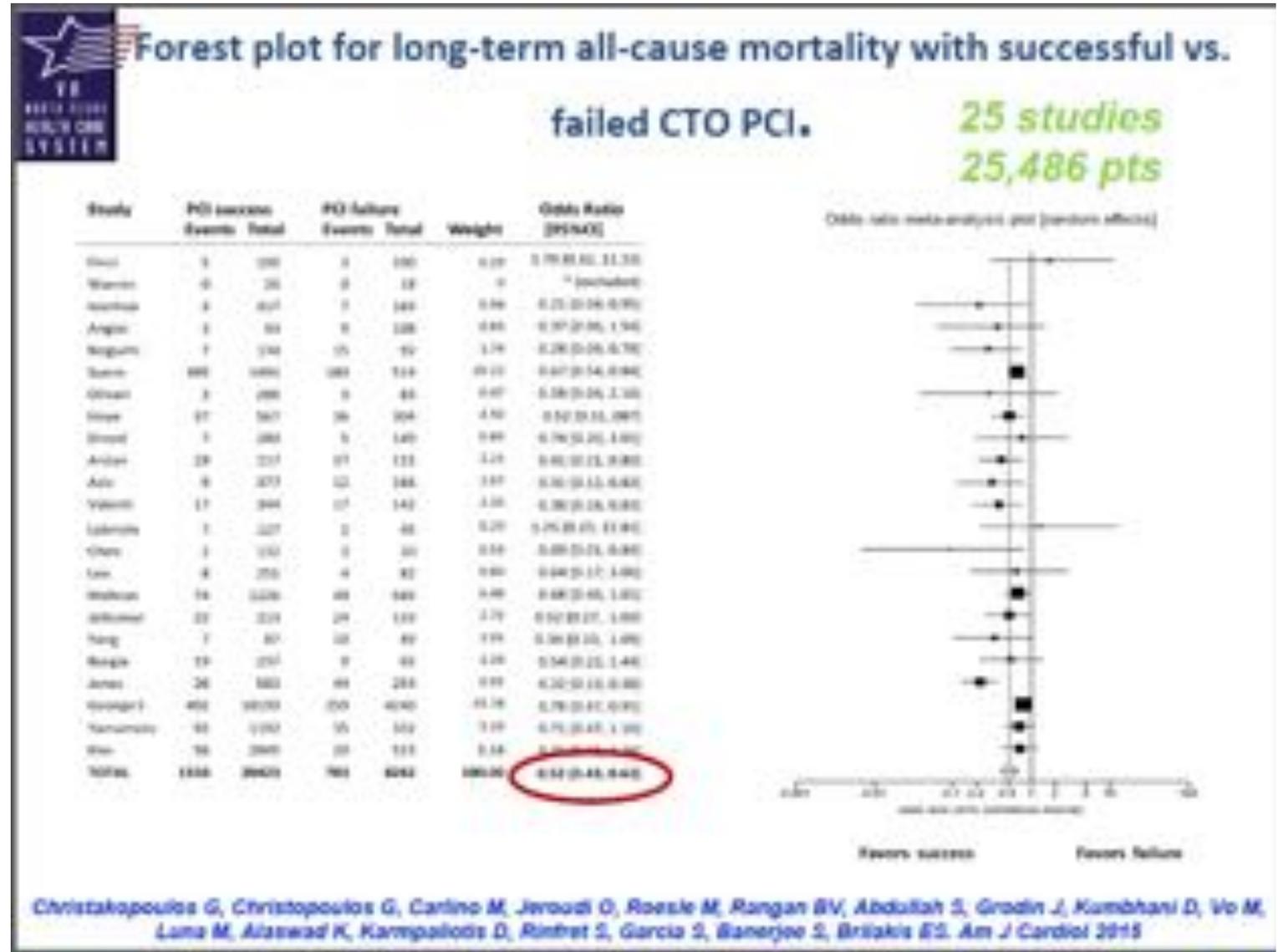
- La CTO ne sauve pas de vie au moins à court terme
- La CTO améliore la qualité de vie si le patient est symptomatique et que l'ischémie est large ($>> 10\%$ soit > 2 segments/17)
- La CTO n'améliore la FEVG que si elle concerne l'IVA proximale et que le myocarde d'aval est viable et idéalement ischémique

La CTO ne sauve pas de vie ? Les méta analyses alambiquées

Effectifs certes très importants, mais...

Critères de jugement exotiques

Populations très disparates



La CTO ne sauve pas de vie ? Les études randomisées pas favorables

DECISION-CTO

Optimal Medical Therapy With or Without
Stenting For Coronary Chronic Total Occlusion

Seung-Jung Park, MD., PhD.

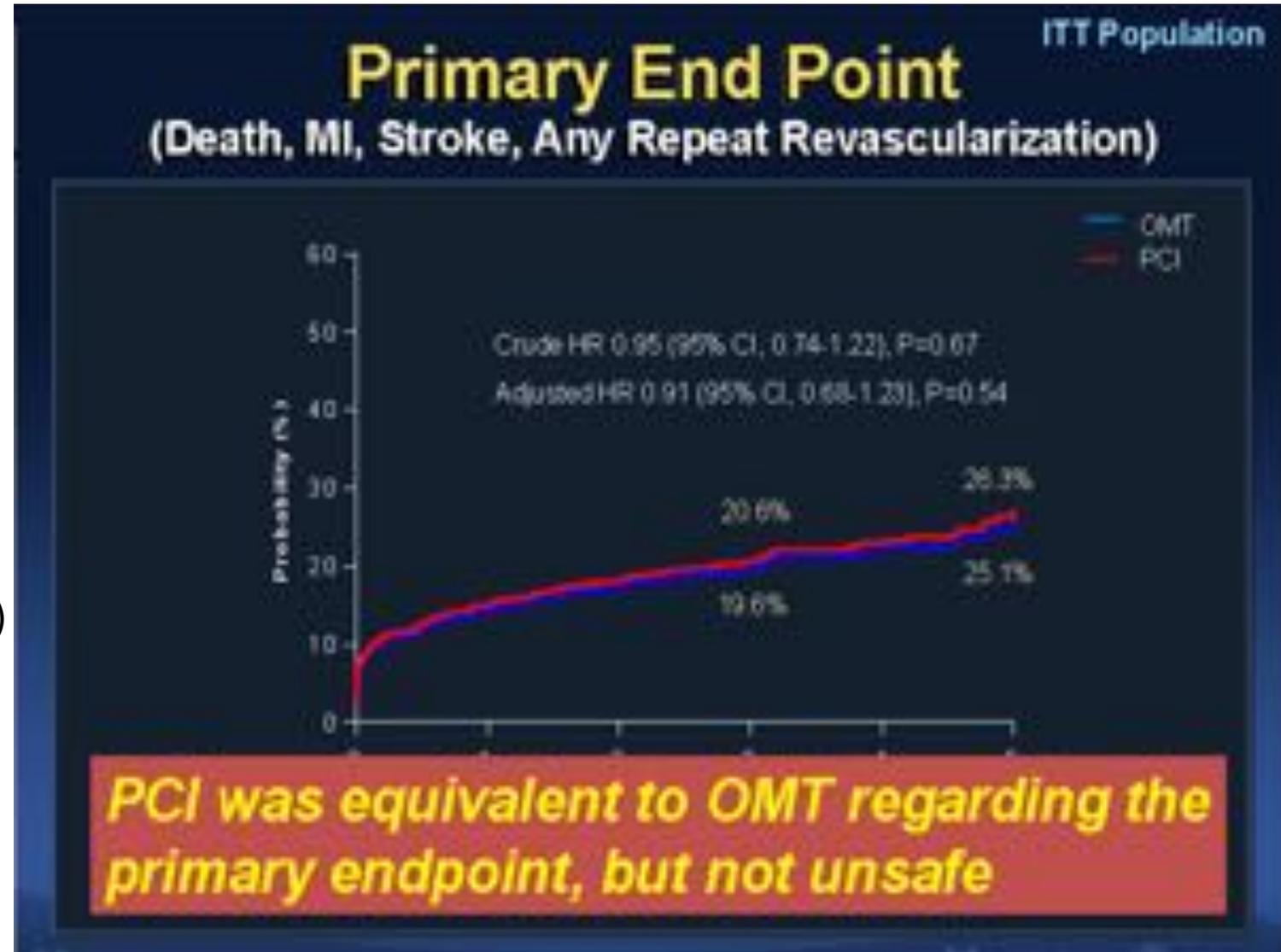
Heart Institute, University of Ulsan College of Medicine
Asan Medical Center, Seoul, Korea

La CTO ne sauve pas de vie ? Les études randomisées pas favorables

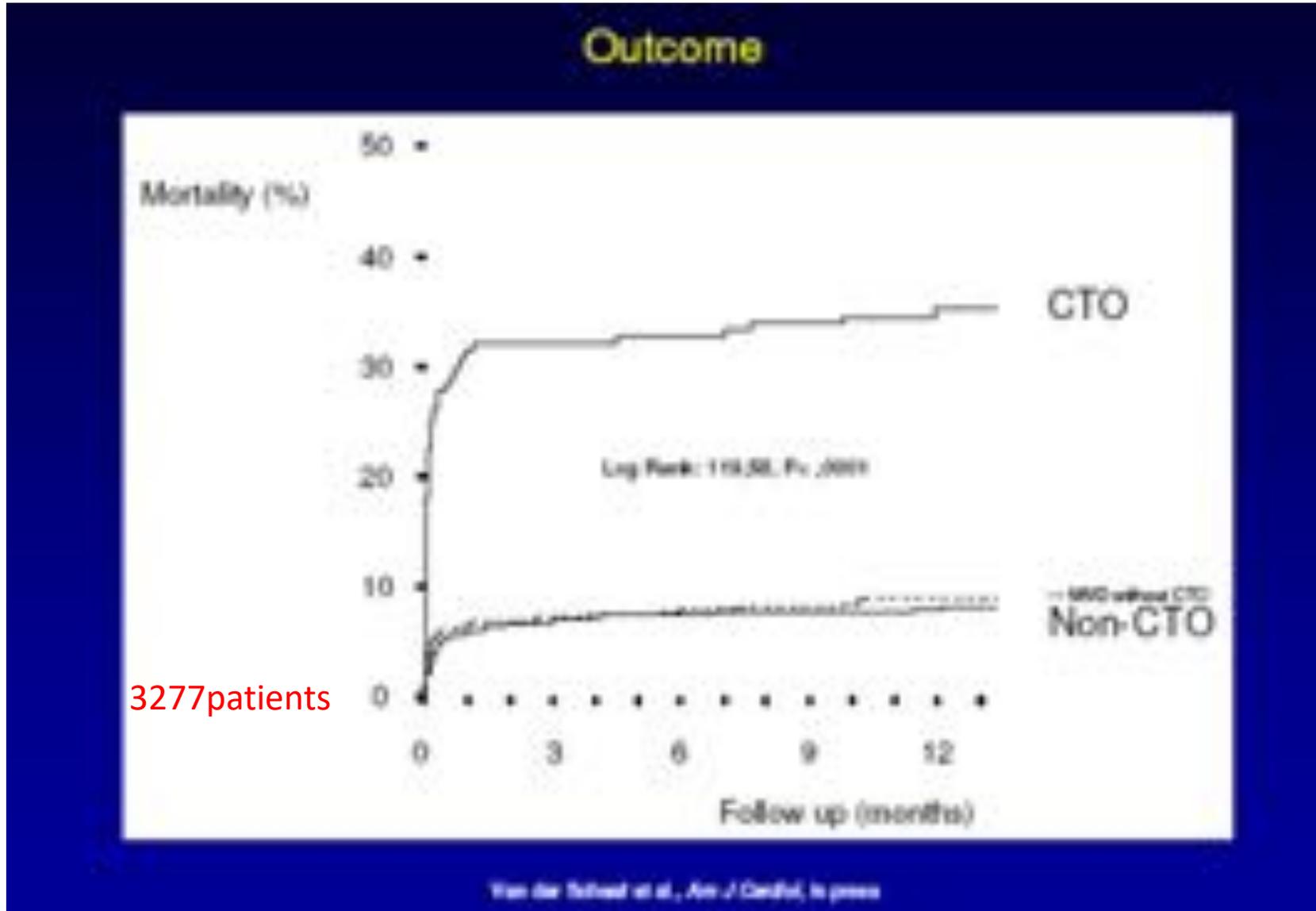
Effectifs certes plus faibles que les méta analyses (800)

Recul modeste

Cross over certes très nombreux (20 %)



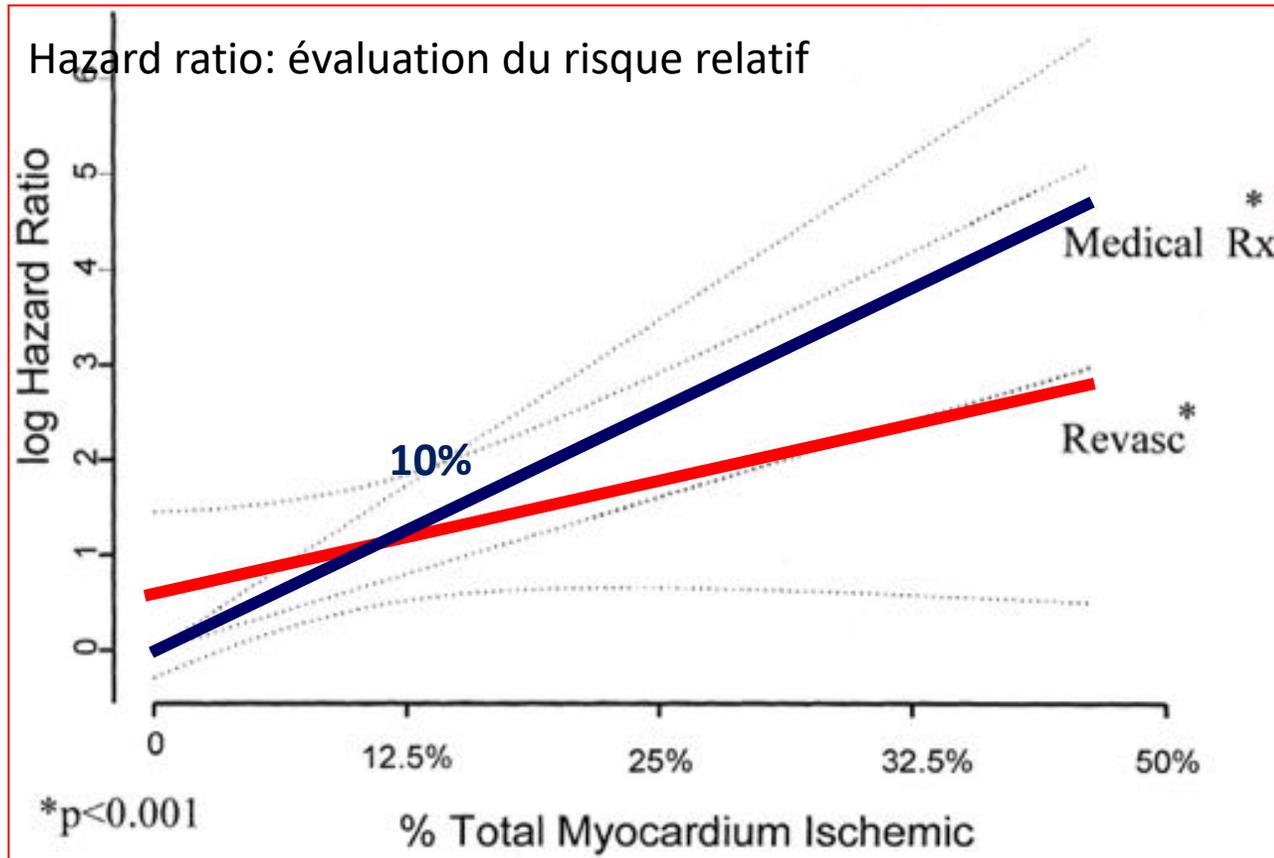
Espoir : Impact de l'existence d'une CTO sur SCA+ d'une autre artère



La CTO : Quel bénéfice pour le patient ?

- La CTO ne sauve pas de vie au moins à court terme
- La CTO améliore la qualité de vie si le patient est symptomatique et que l'ischémie est large ($>> 10\%$ soit > 2 segments/17)
- La CTO n'améliore la FEVG que si elle concerne l'IVA proximale et que le myocarde d'aval est viable et idéalement ischémique

Syndrome coronarien chronique: Bénéfice de la revascularisation



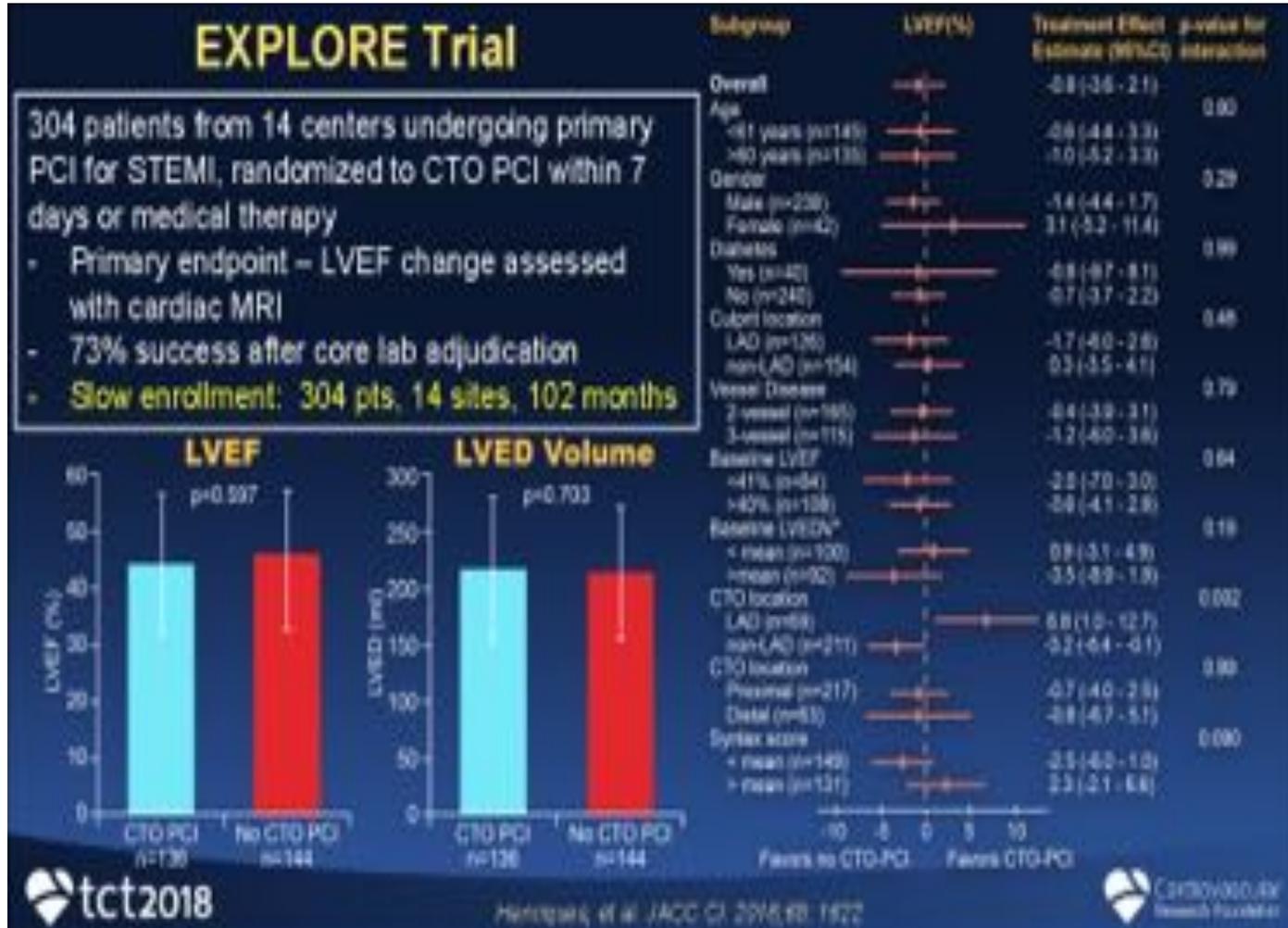
Bénéfice de revascularisation lié à l'étendue de l'ischémie

Hachamovitch, R. et al. Circulation 2003

La CTO : Quel bénéfice pour le patient ?

- La CTO ne sauve pas de vie au moins à court terme
- La CTO améliore la qualité de vie si le patient est symptomatique et que l'ischémie est large ($>> 10\%$ soit > 2 segments/17)
- La CTO n'améliore la FEVG que si elle concerne l'IVA proximale et que le myocarde d'aval est viable et idéalement ischémique

La CTO n'améliore la FEVG que si elle concerne l'IVA proximale



Théorie: portrait robot du patient idéal

- Sujet « jeune » symptomatique présentant une ischémie myocardique étendue (idéalement de l'IVA)
- En insistant sur le staff médico-chirurgical surtout s'il est multi tronculaire (attention au diabétique)
- De moins de 100 kg
- En évitant les insuffisants rénaux (DFG < 70 ml/mn)... Et
- Dont la lésion de CTO présente anatomiquement un risque acceptable

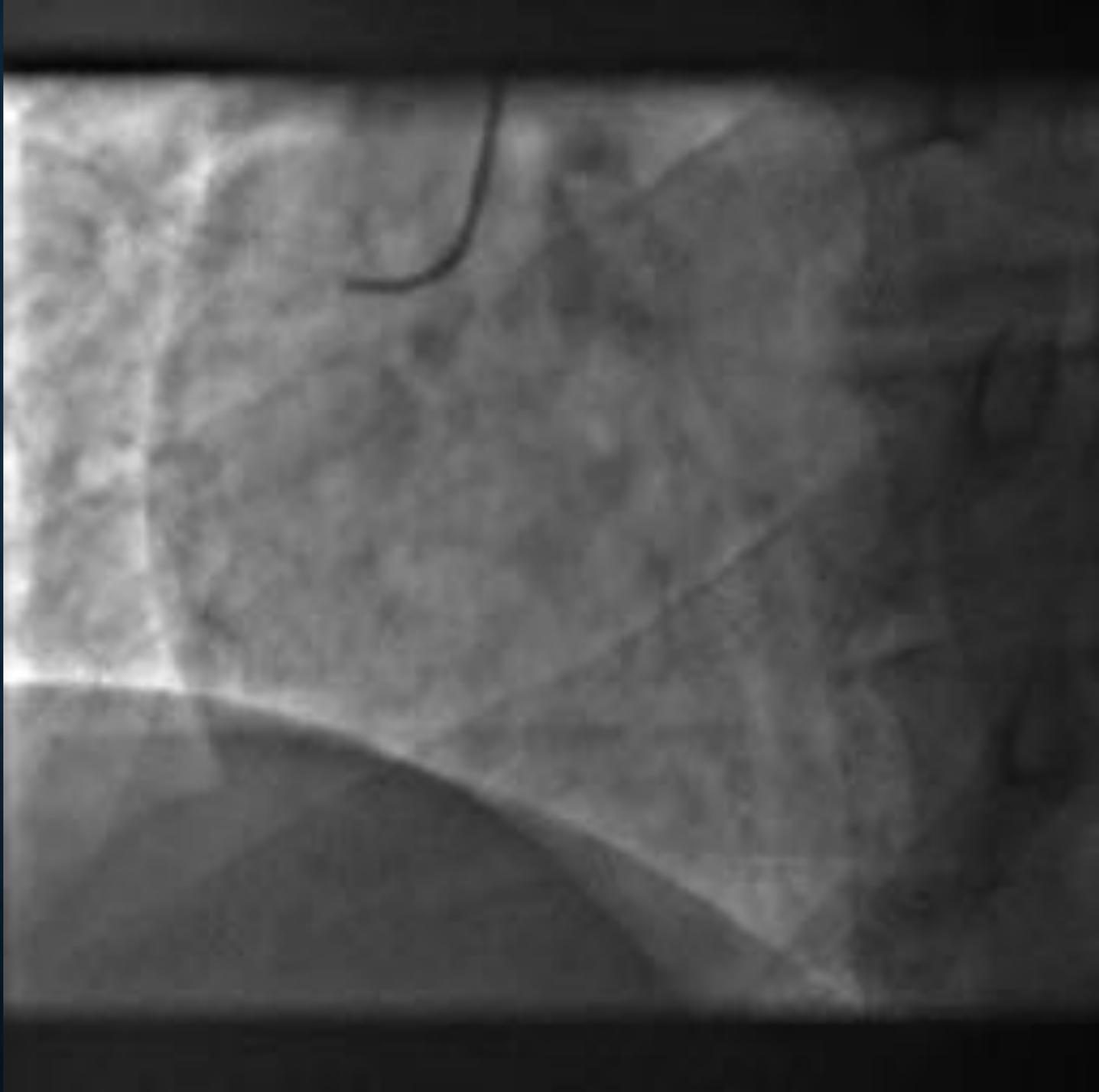
Dont la lésion de CTO présente un risque acceptable

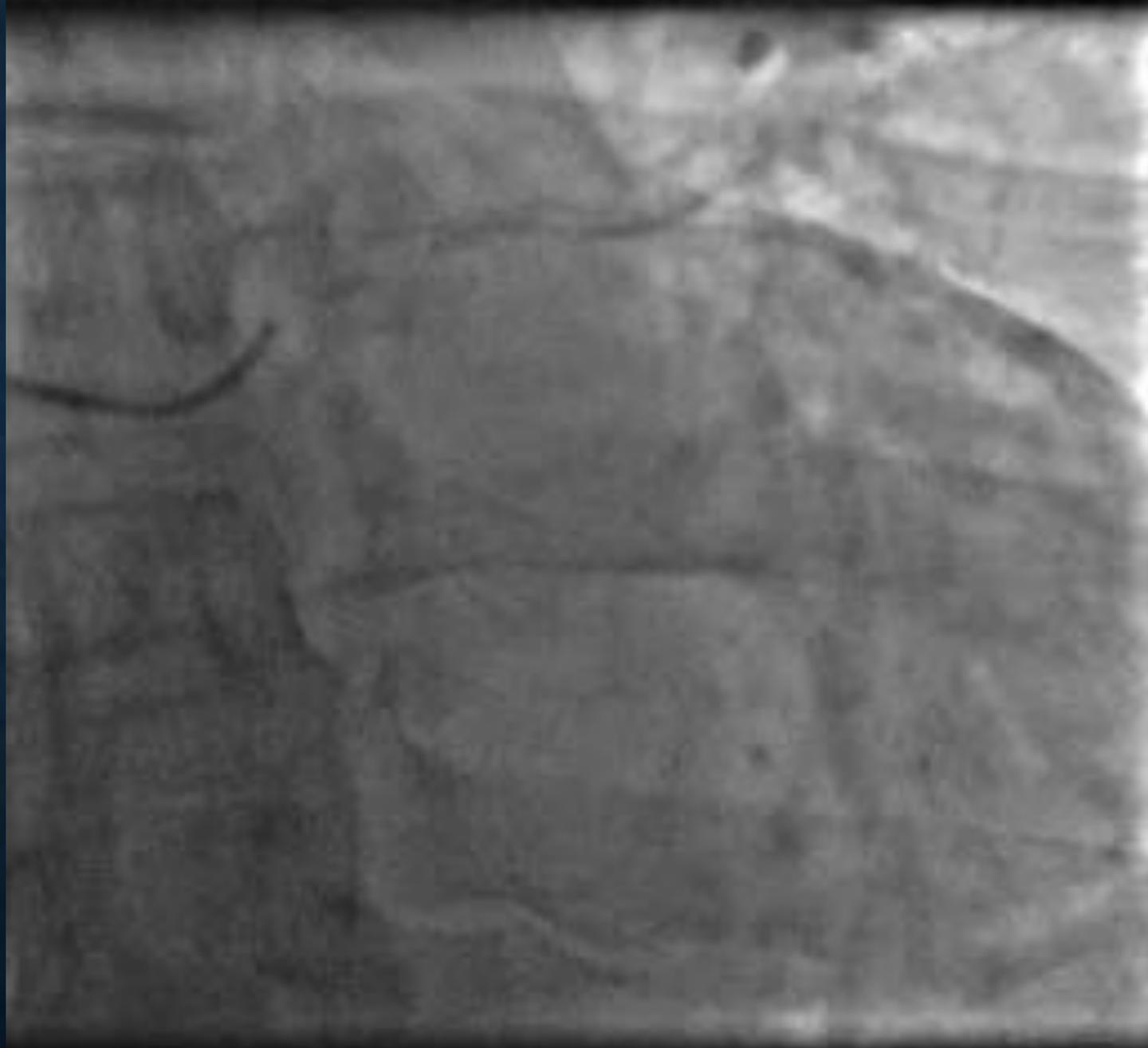
- JCTO score bien sûr mais surtout
- Aval de taille correcte sans bifurcation importante
- Identifier clairement le segment injecté par la connexion éventuelle
- Attention aux ostia (problèmes des cathéter-guides)
- Attention aux lésions proches d'un tronc commun court
- Attention au réseau circonflexe dans le sillon inter auriculo-ventriculaire et collatéralisé par les seules épocardiques :
 - Rarement à l'origine d'une large ischémie
 - et dont on ne peut attendre une amélioration de la FEVG

De la théorie à la pratique.....

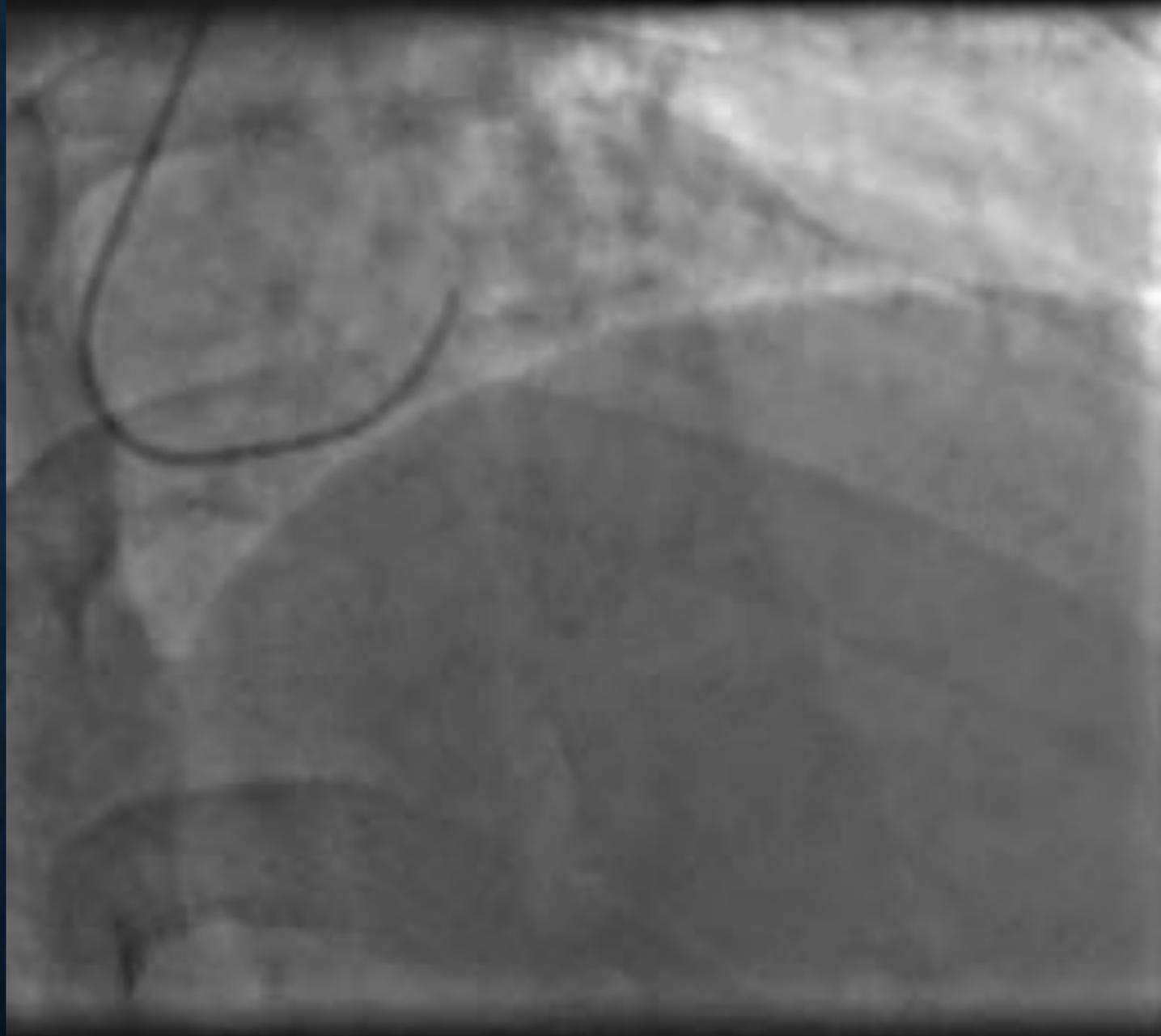
- Homme de 70 ans
- Moins de 100 Kg
- Non diabétique
- SCA tropo + inférieur
- Créatininémie 10 mg/l

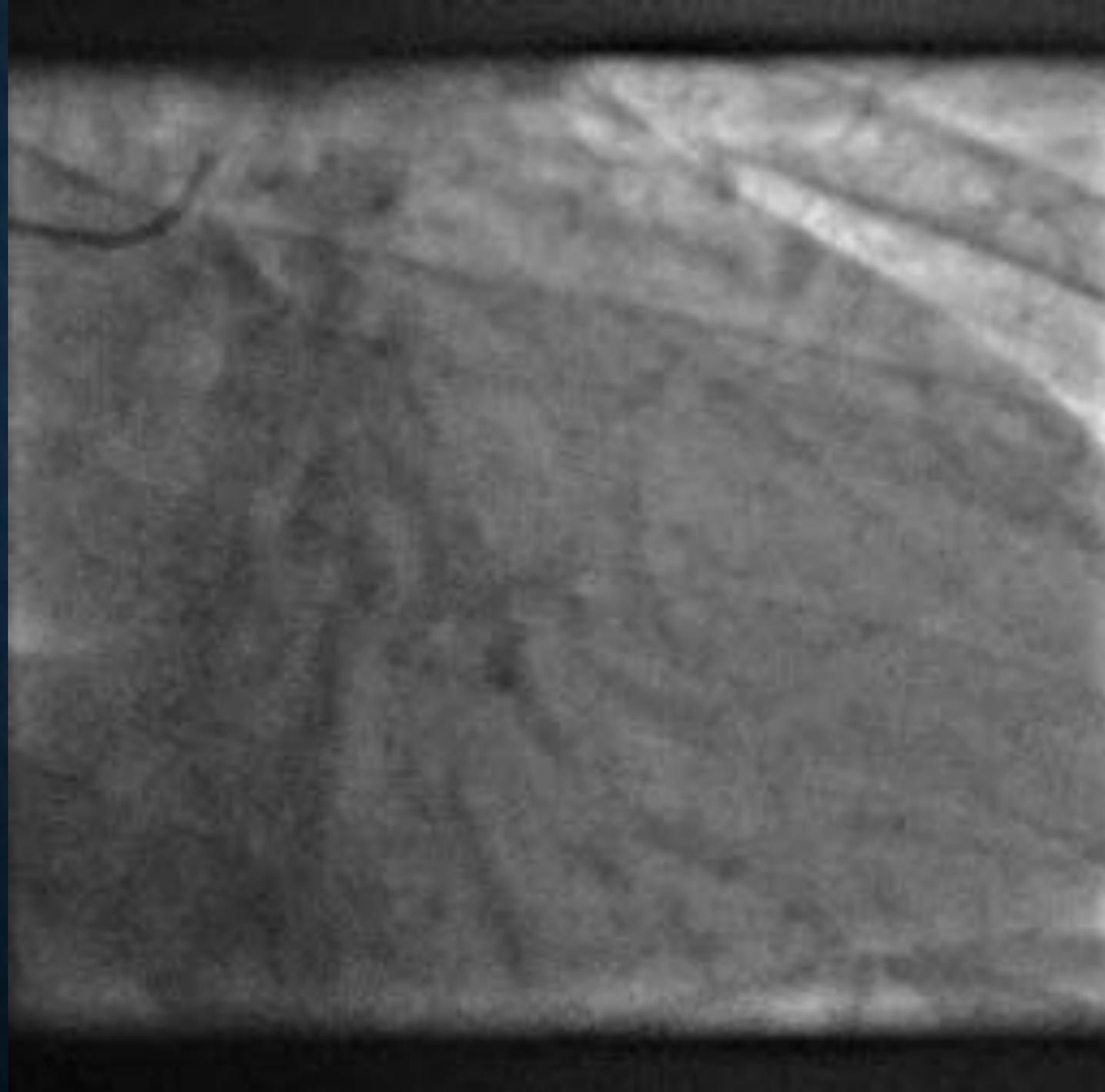
- On fait la coronarographie





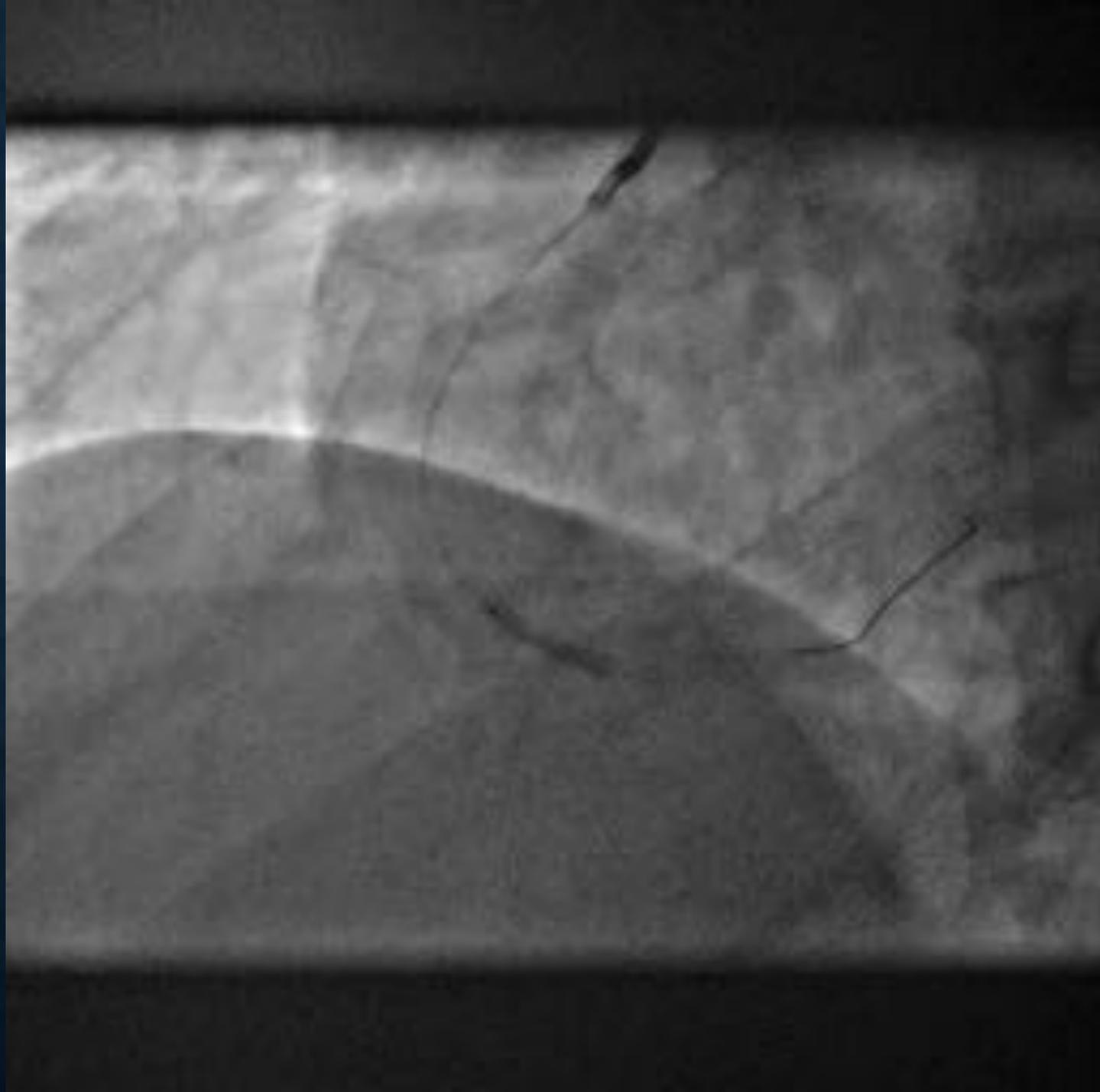


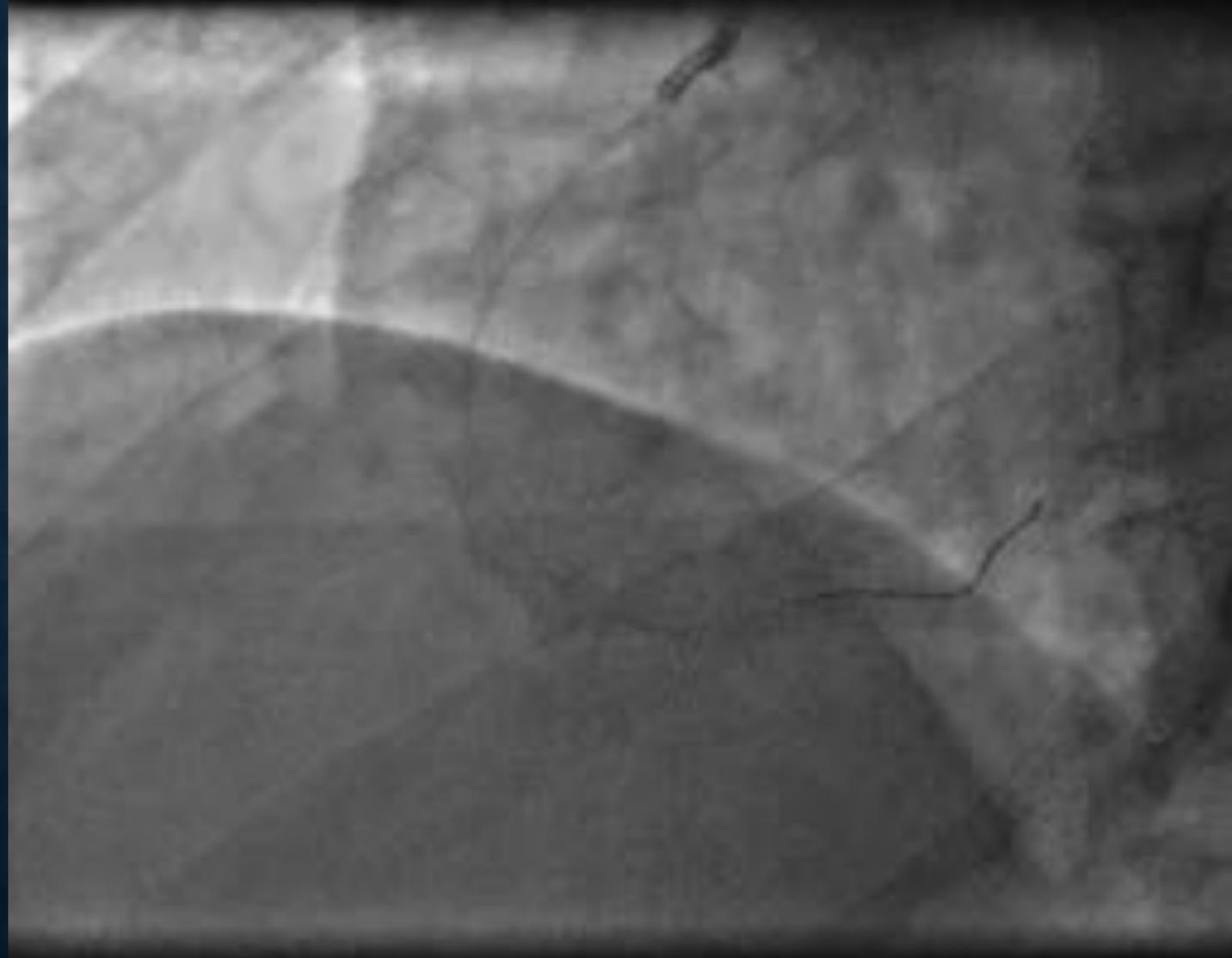


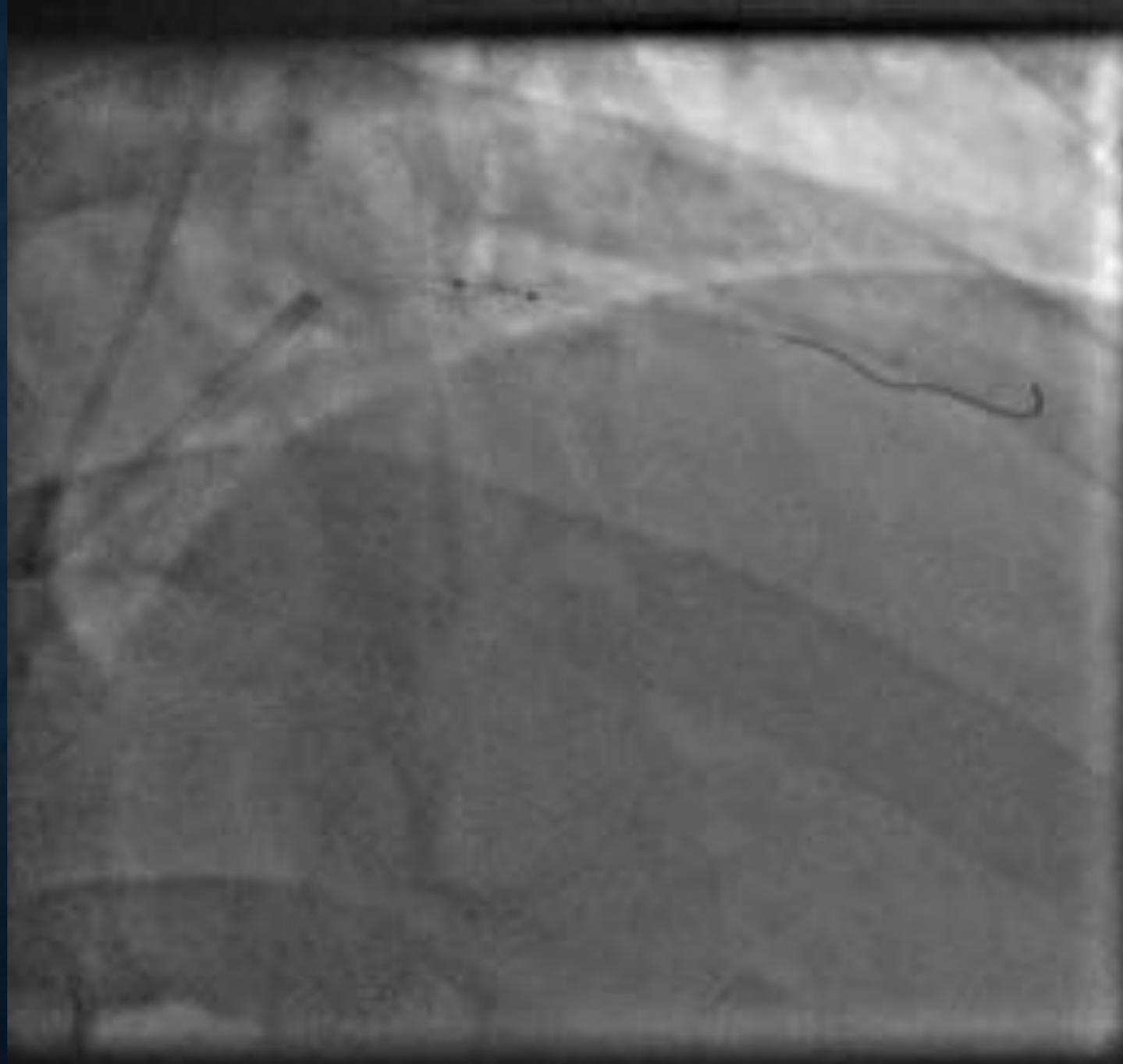


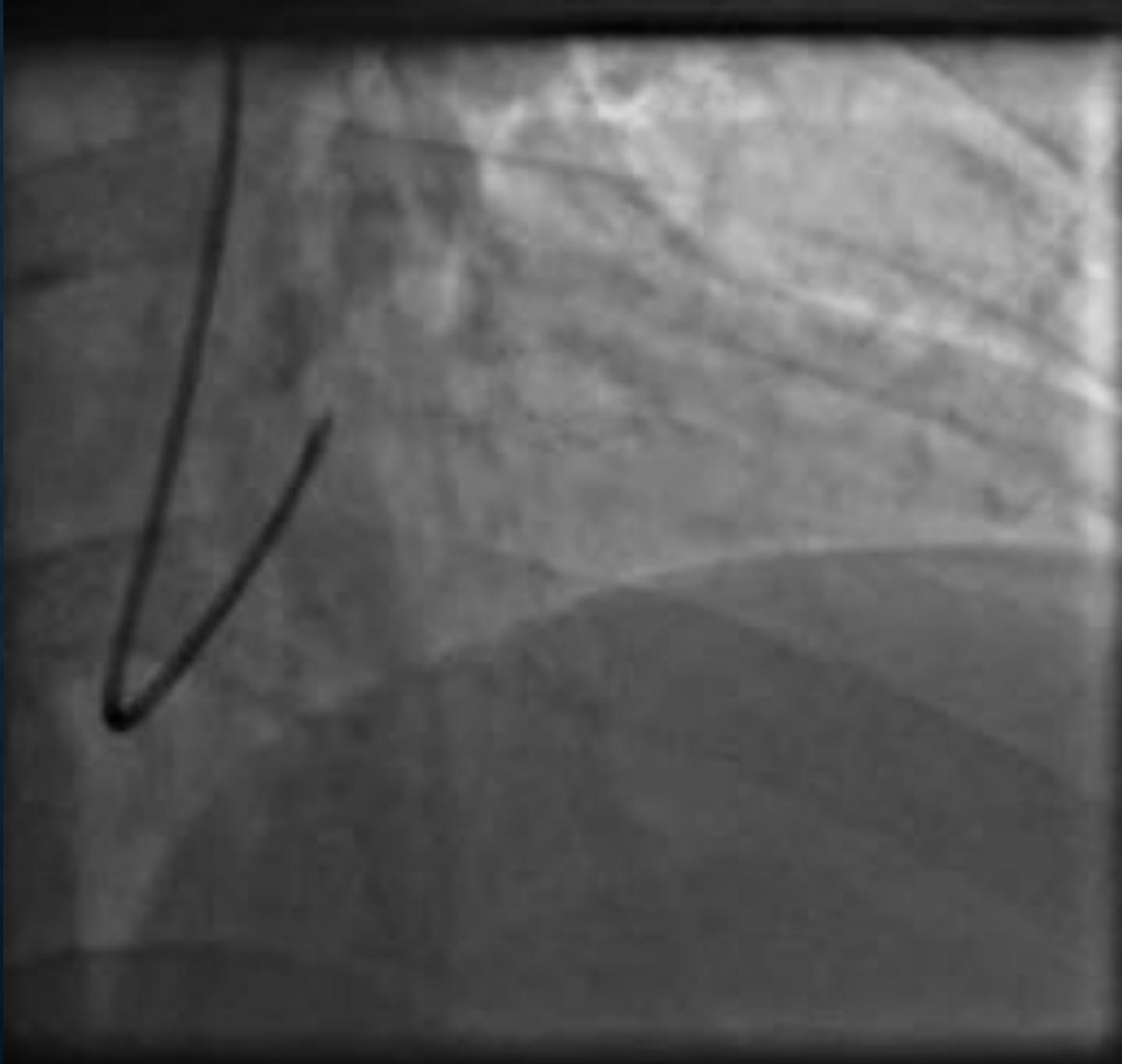
Quelle stratégie ?

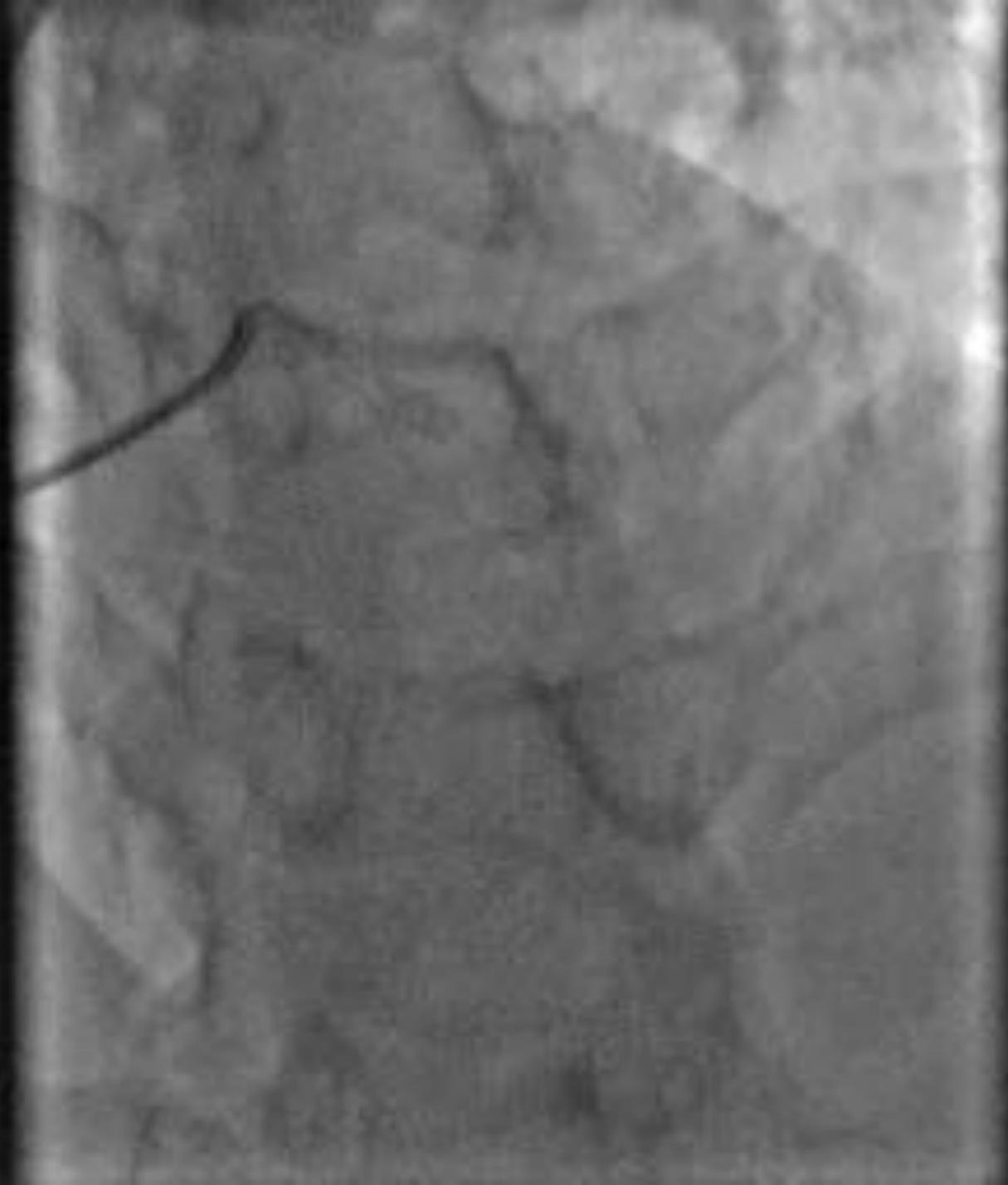
- Staff médico-chirurgical ?
- ATL stent CD puis discussion ?
- ATL stent CD et IVA 2 puis test de provocation d'ischémie ?
- ATL stent CD et IVA 2 puis traitement médical ?
- ATL stent CD et IVA 2 puis CTO Cx ?





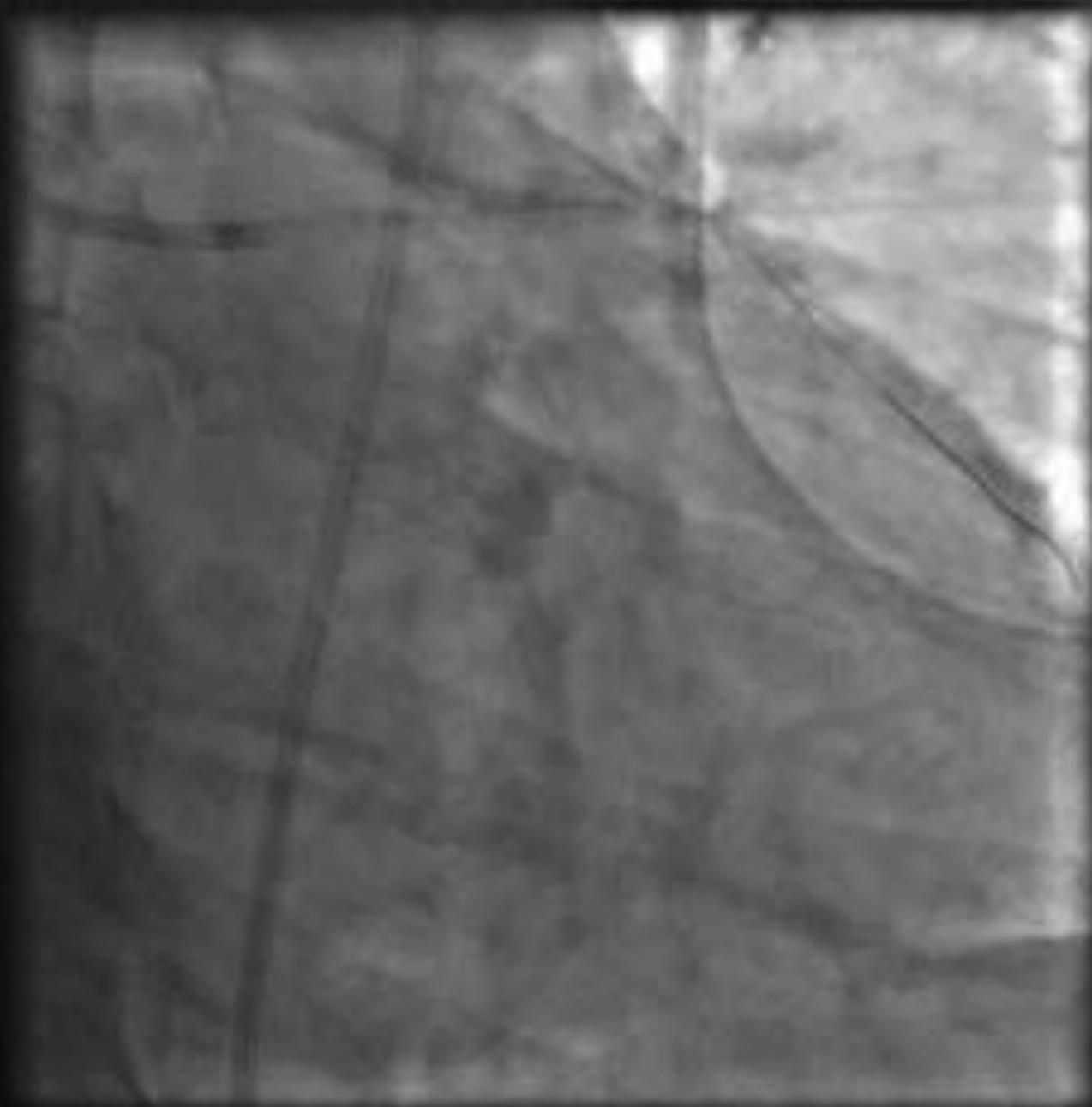


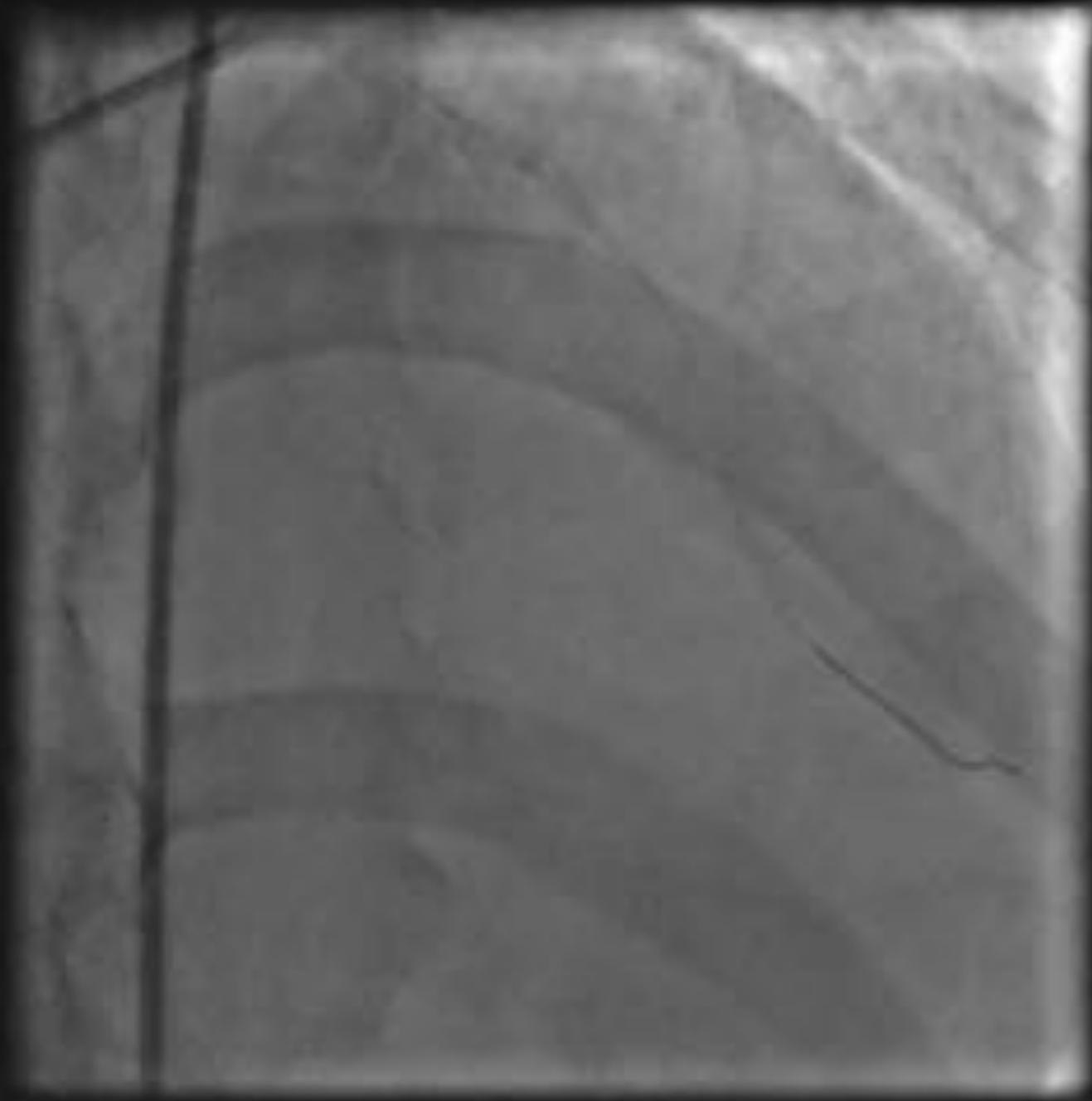


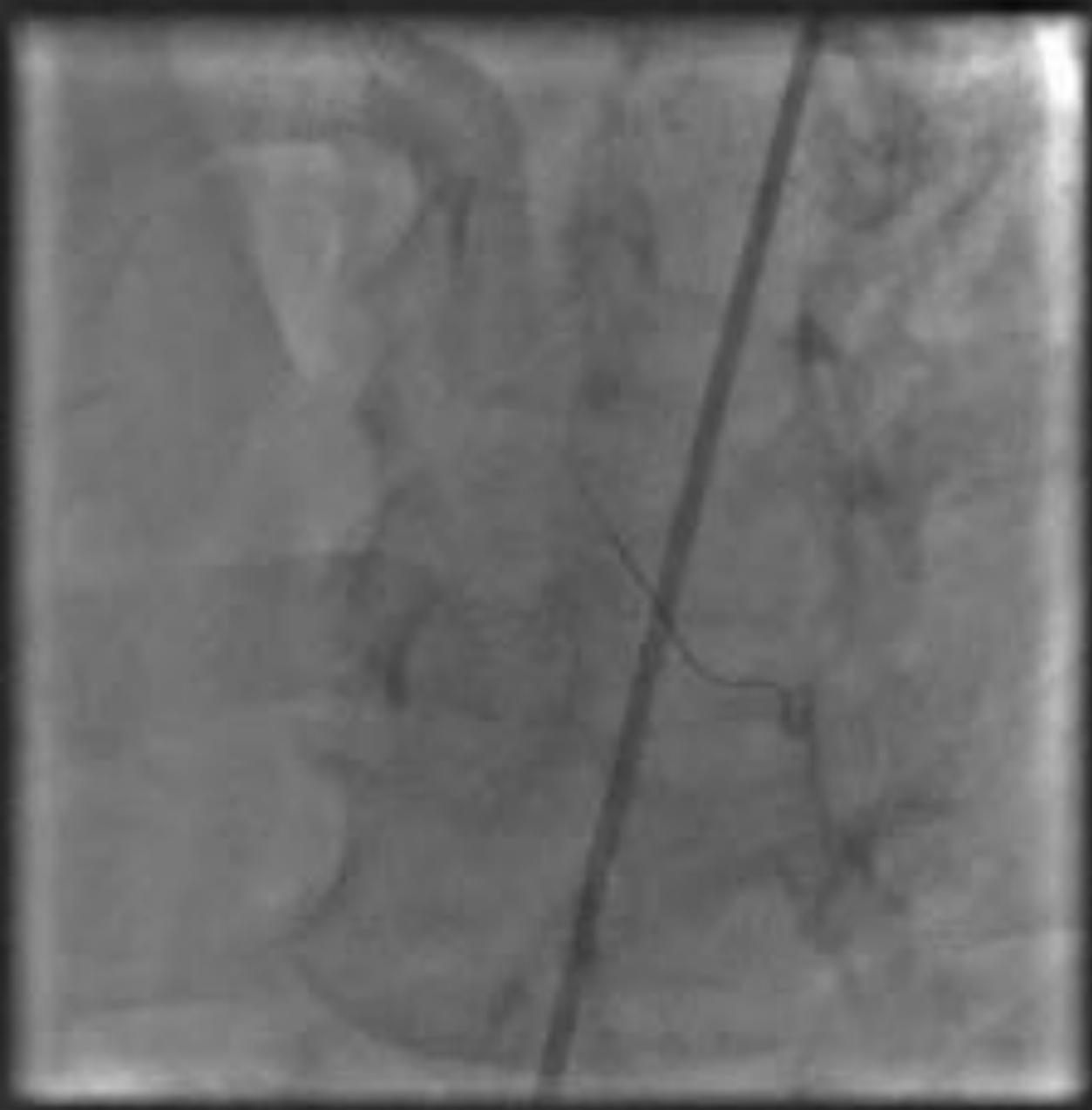


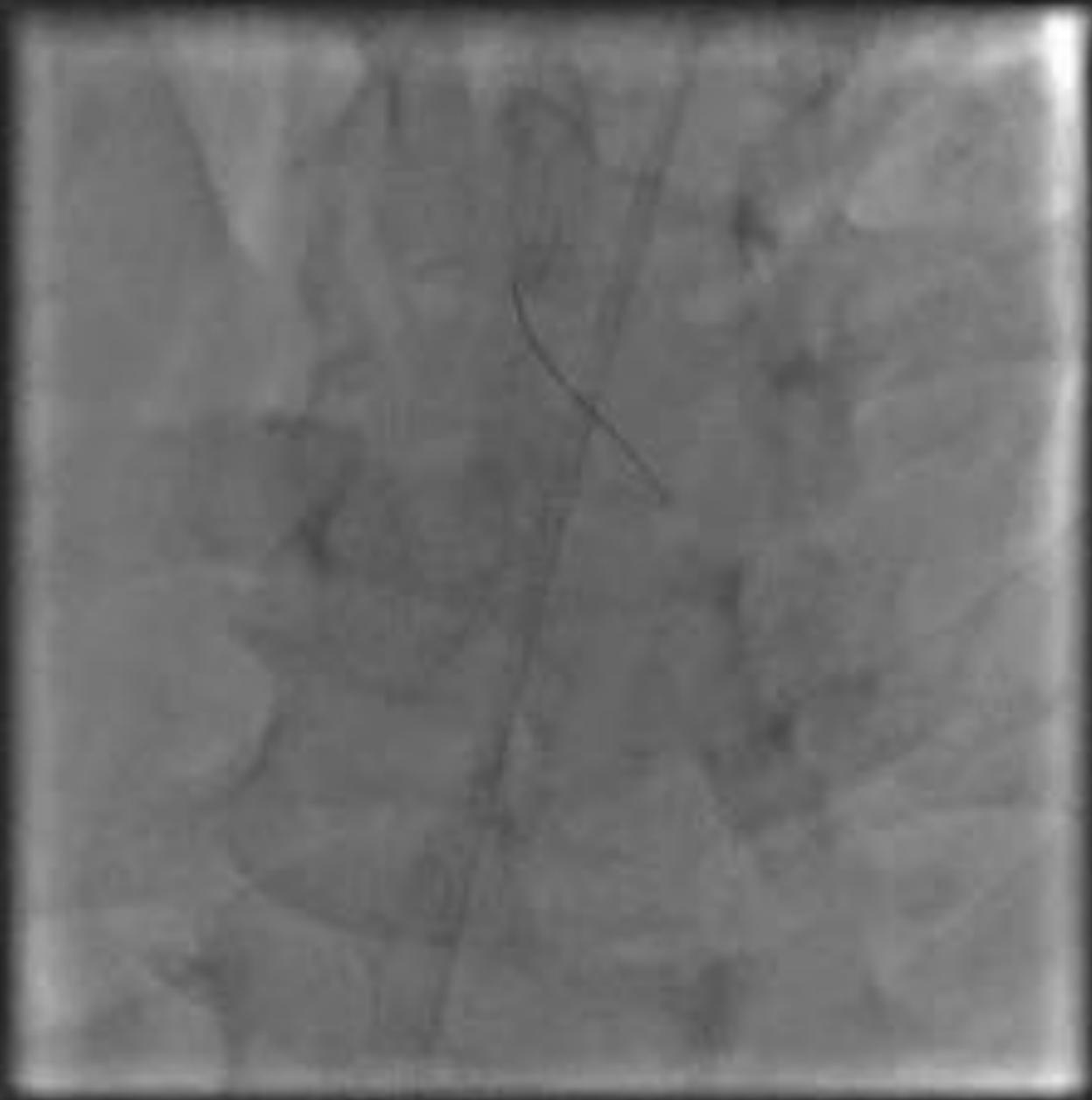
Faut il faire la CTO de circonflexe ?

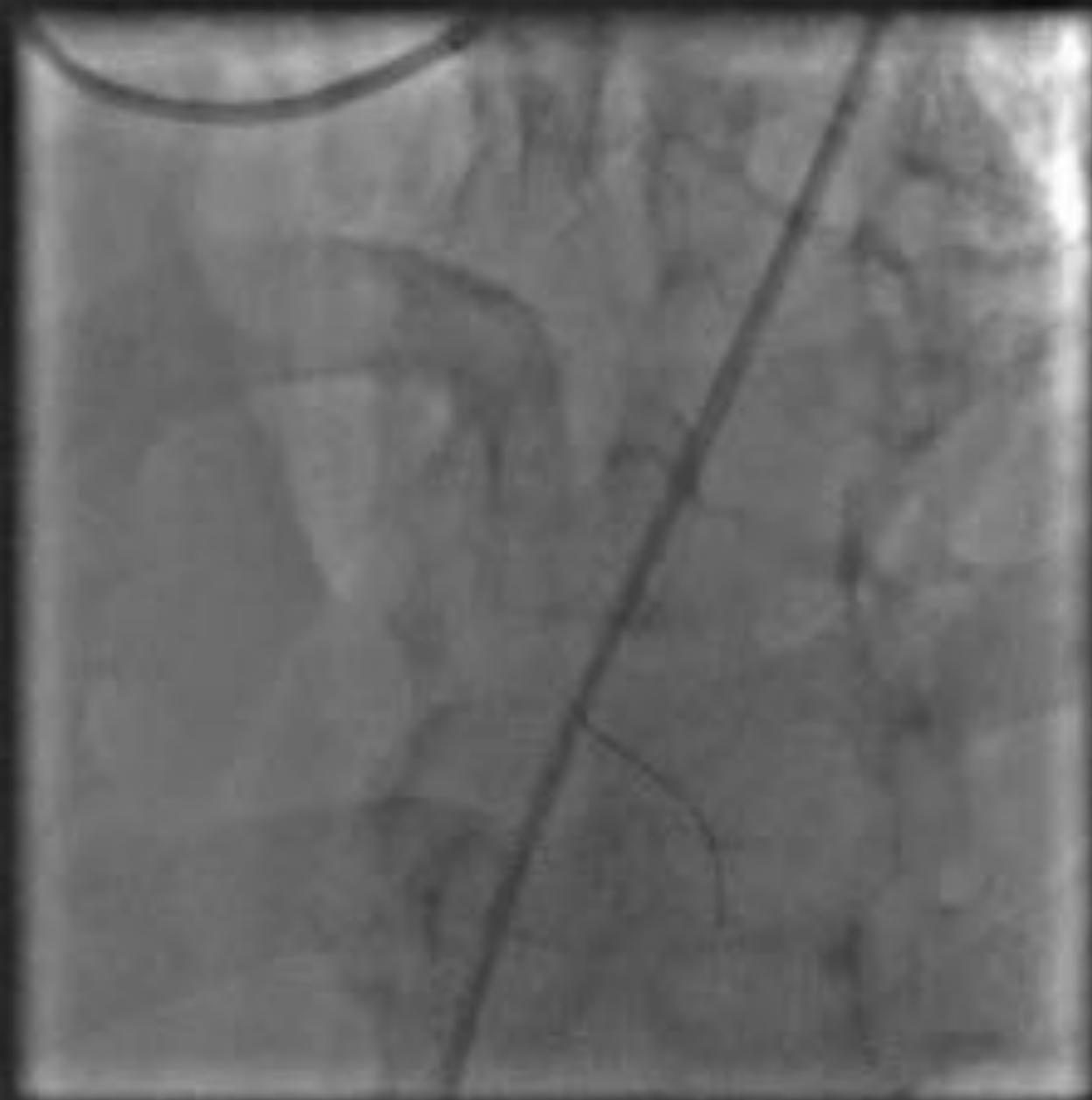
- Pas de test d'ischémie après la revascularisation CD et IVA
- Réserves quant au bénéfice attendu !!!!
- TC court
- Lésion NS de l'IVA ostiale
- Ambiguïté de la cap proximale (branche principale injectée à rétro)
- Aval correct mais bifurcation +++
- Collatéralité épiscopardique.....
- On tente toutefois une rétro épiscopardique avec ping pong (Echec antégrade)

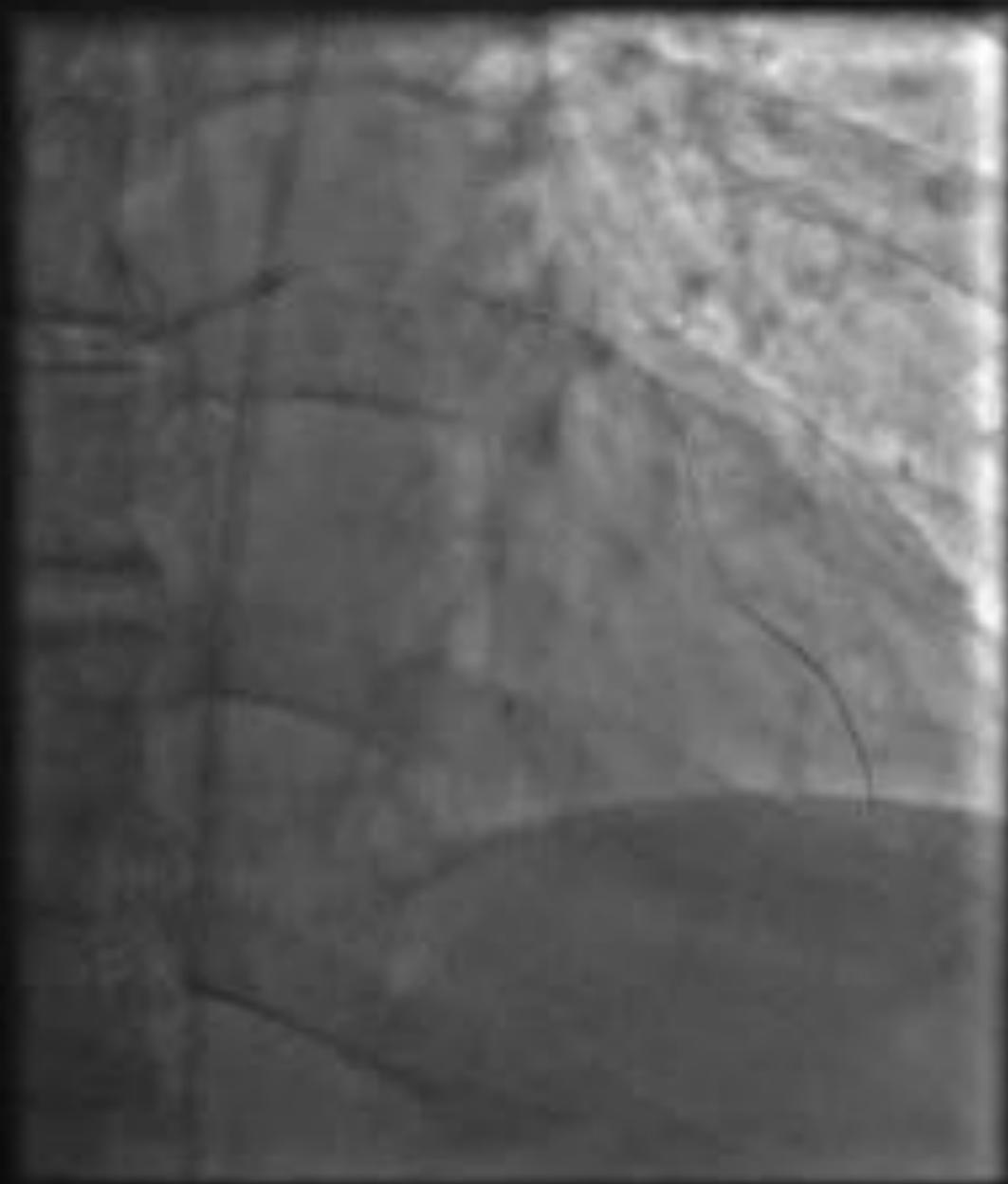








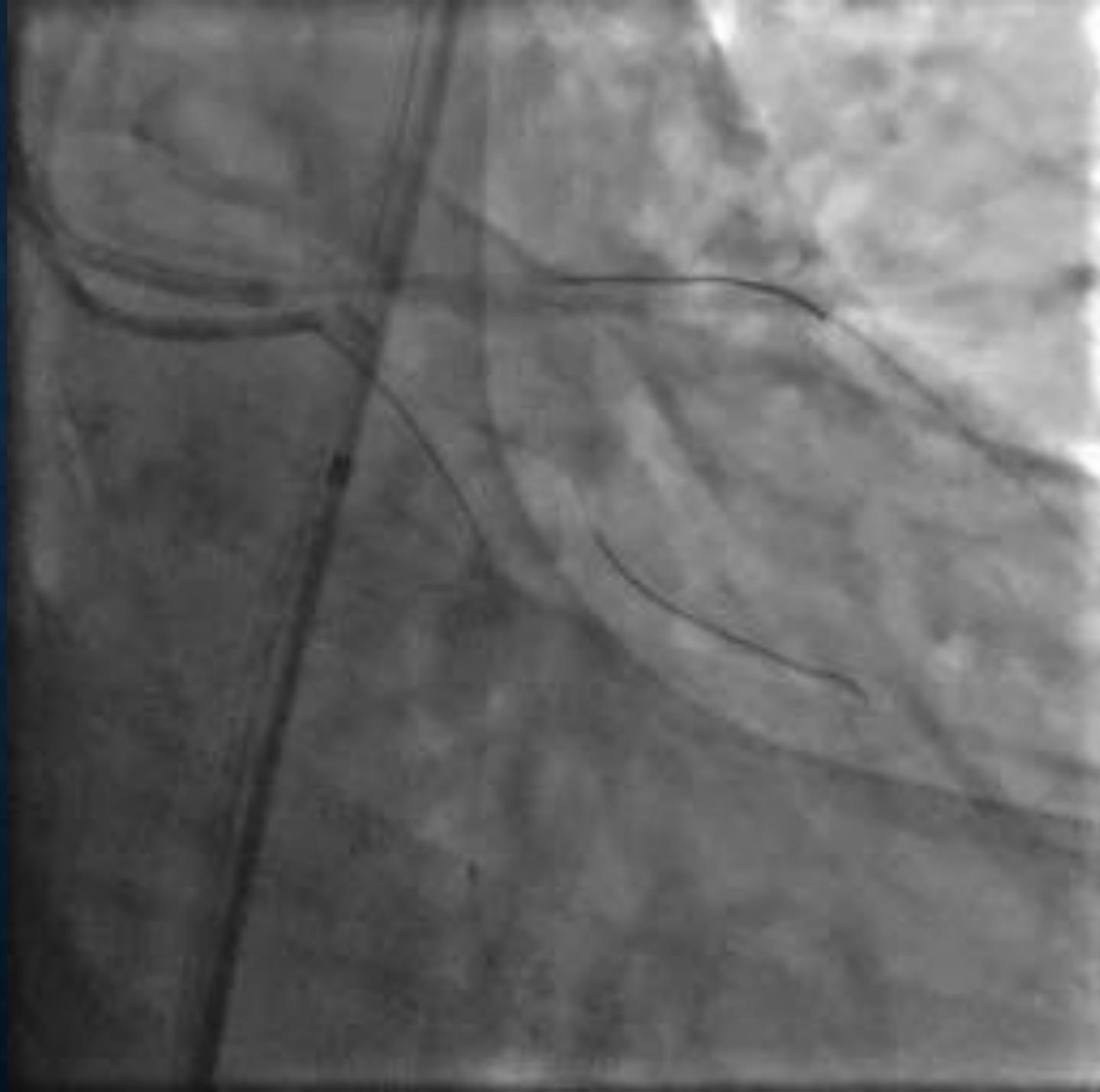


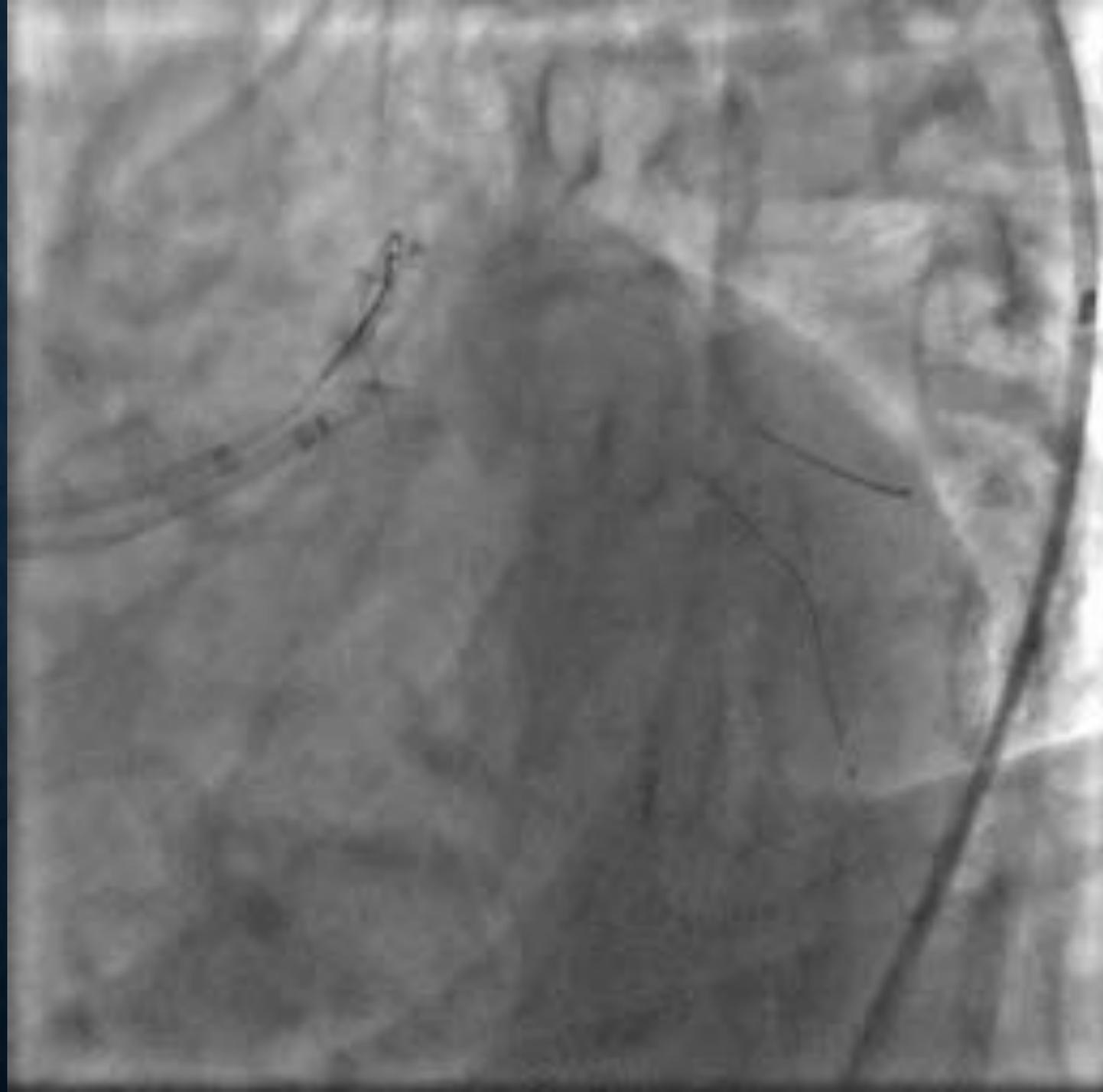


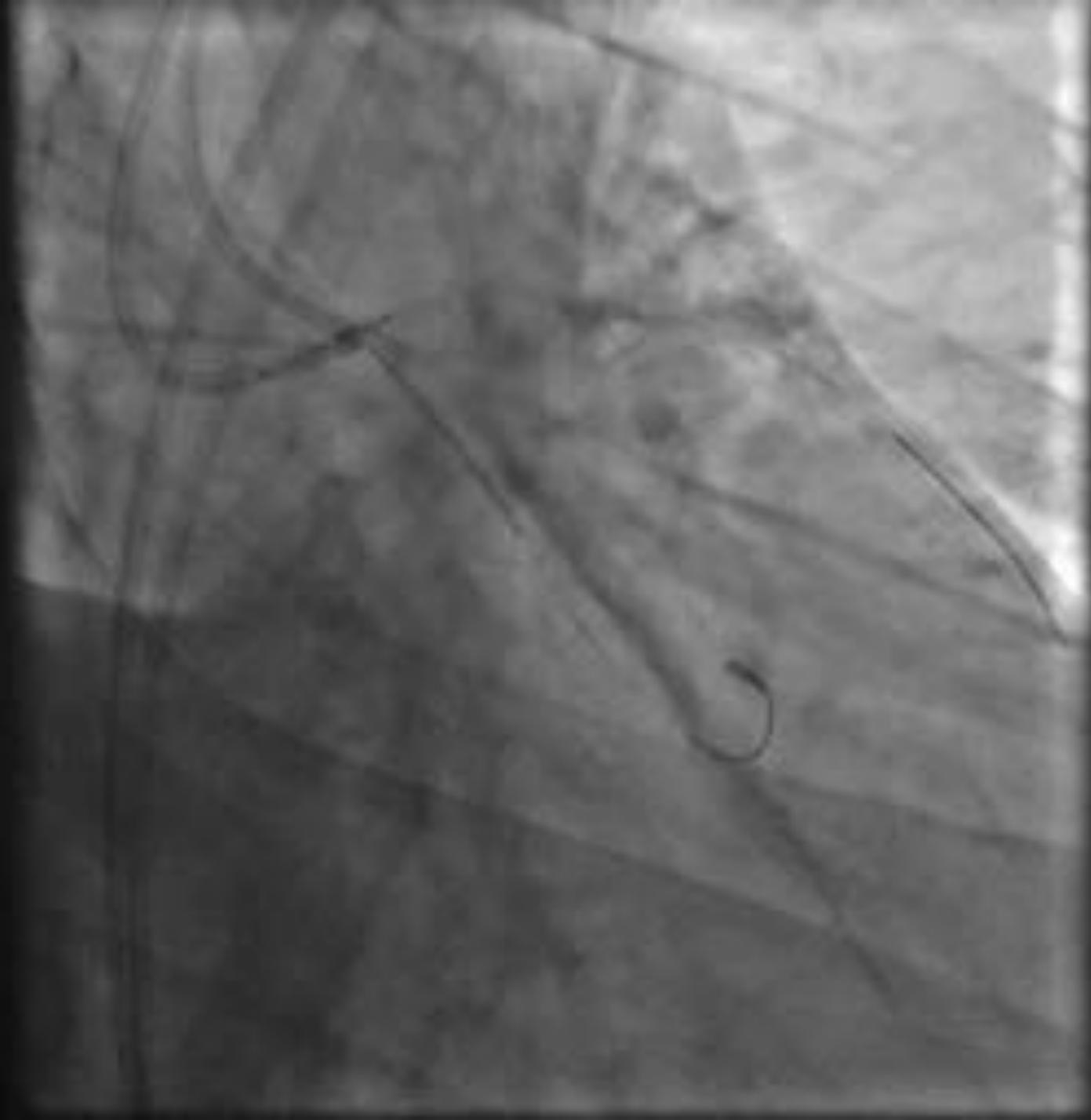


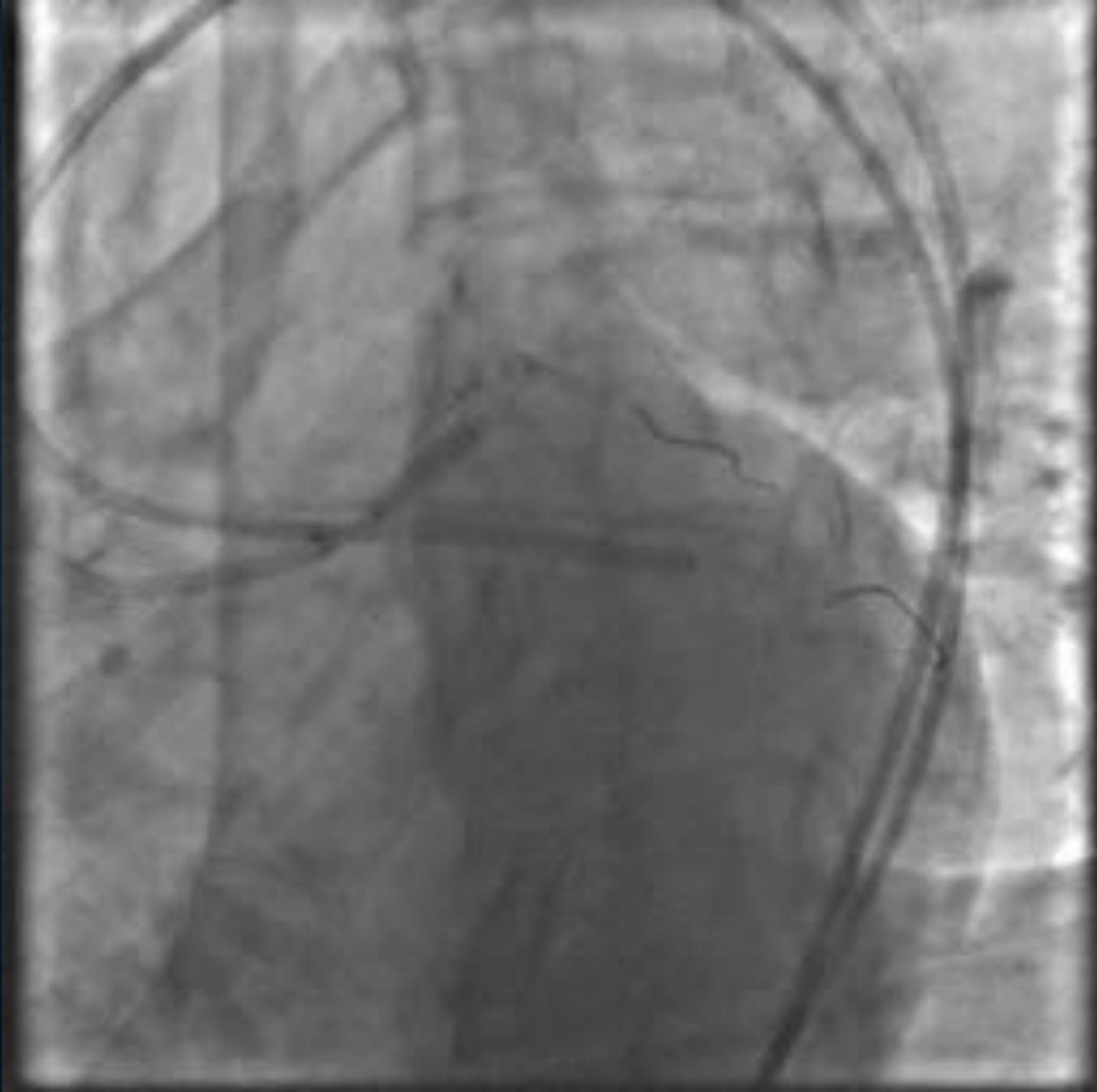


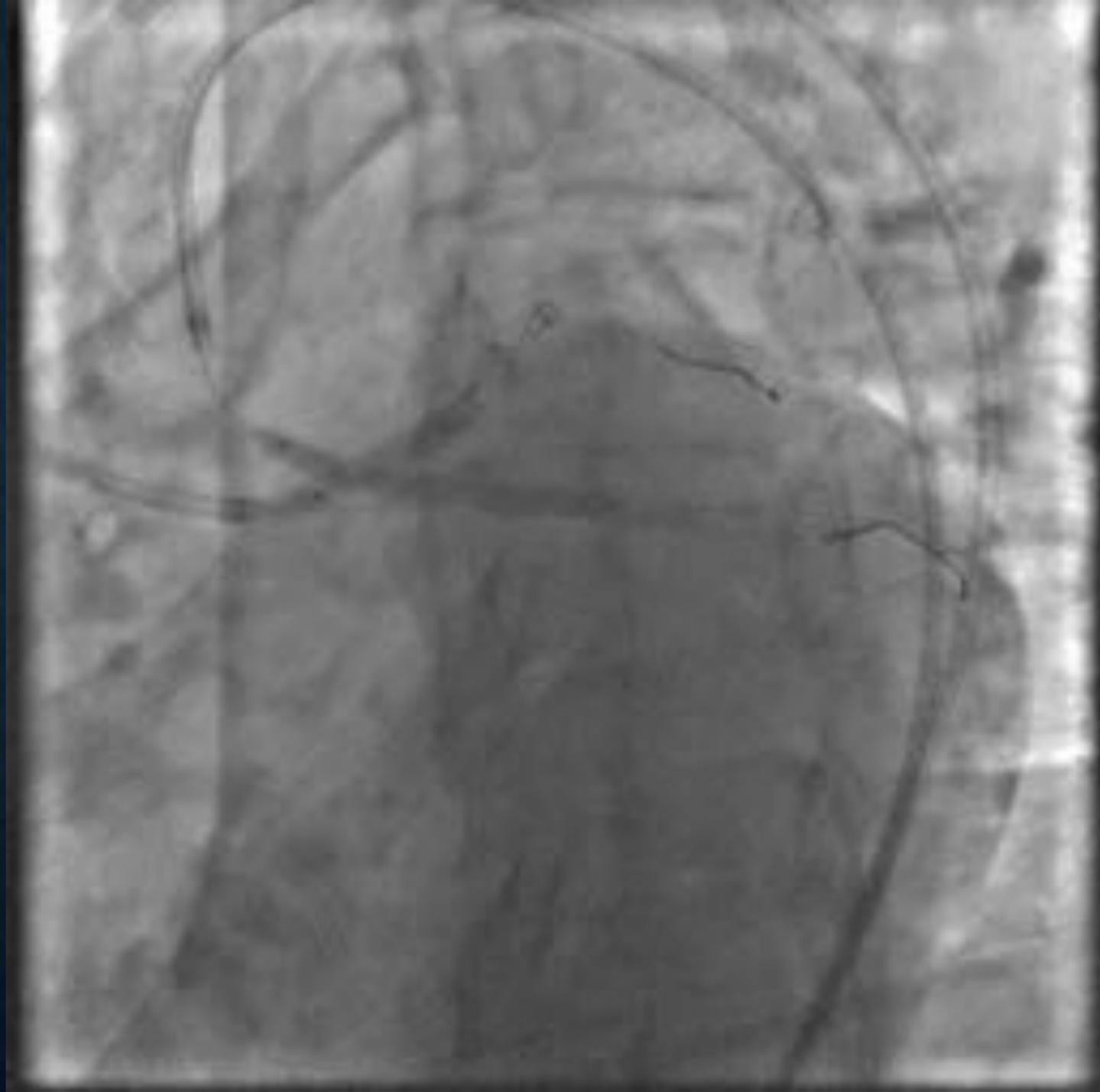


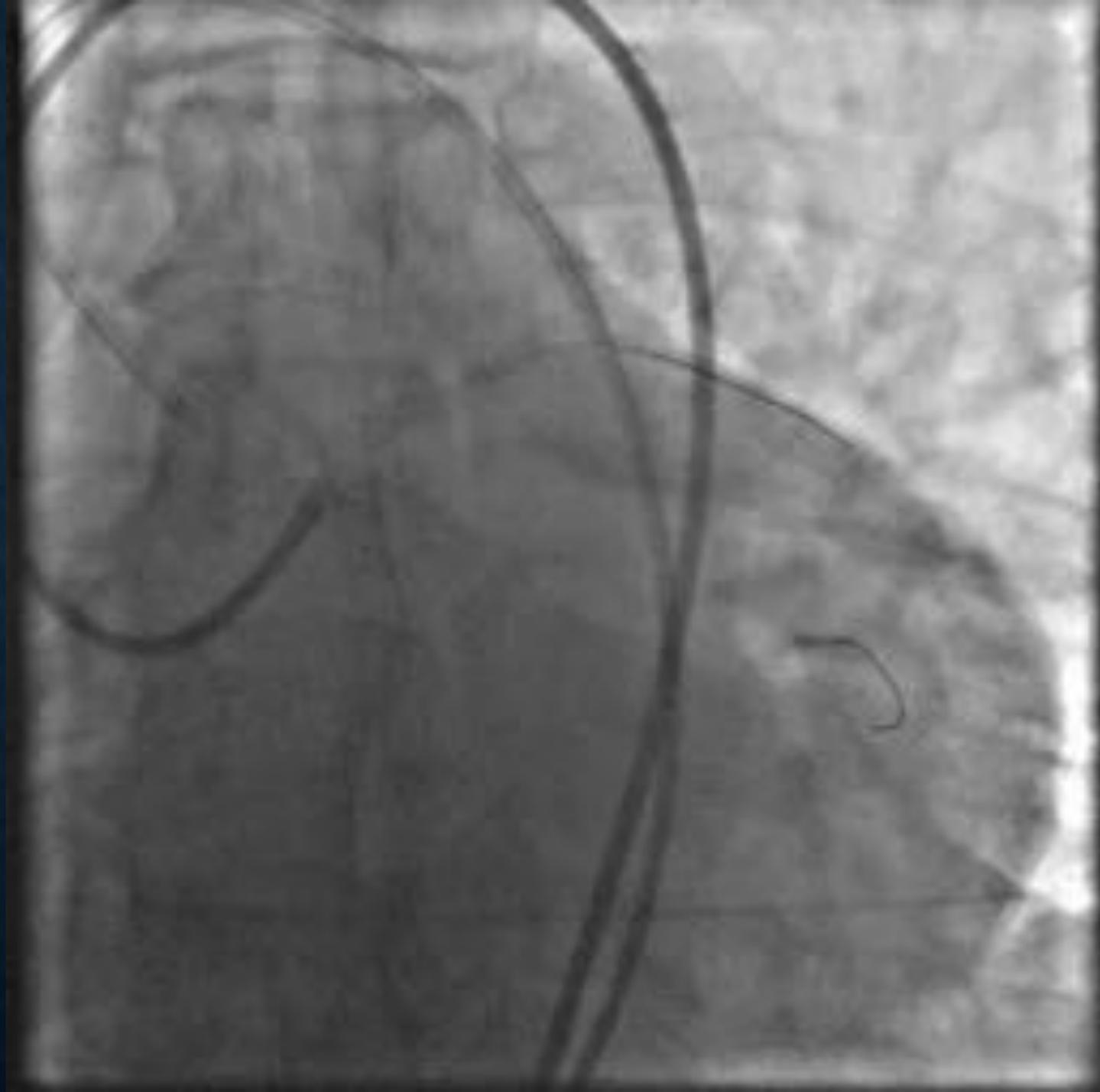


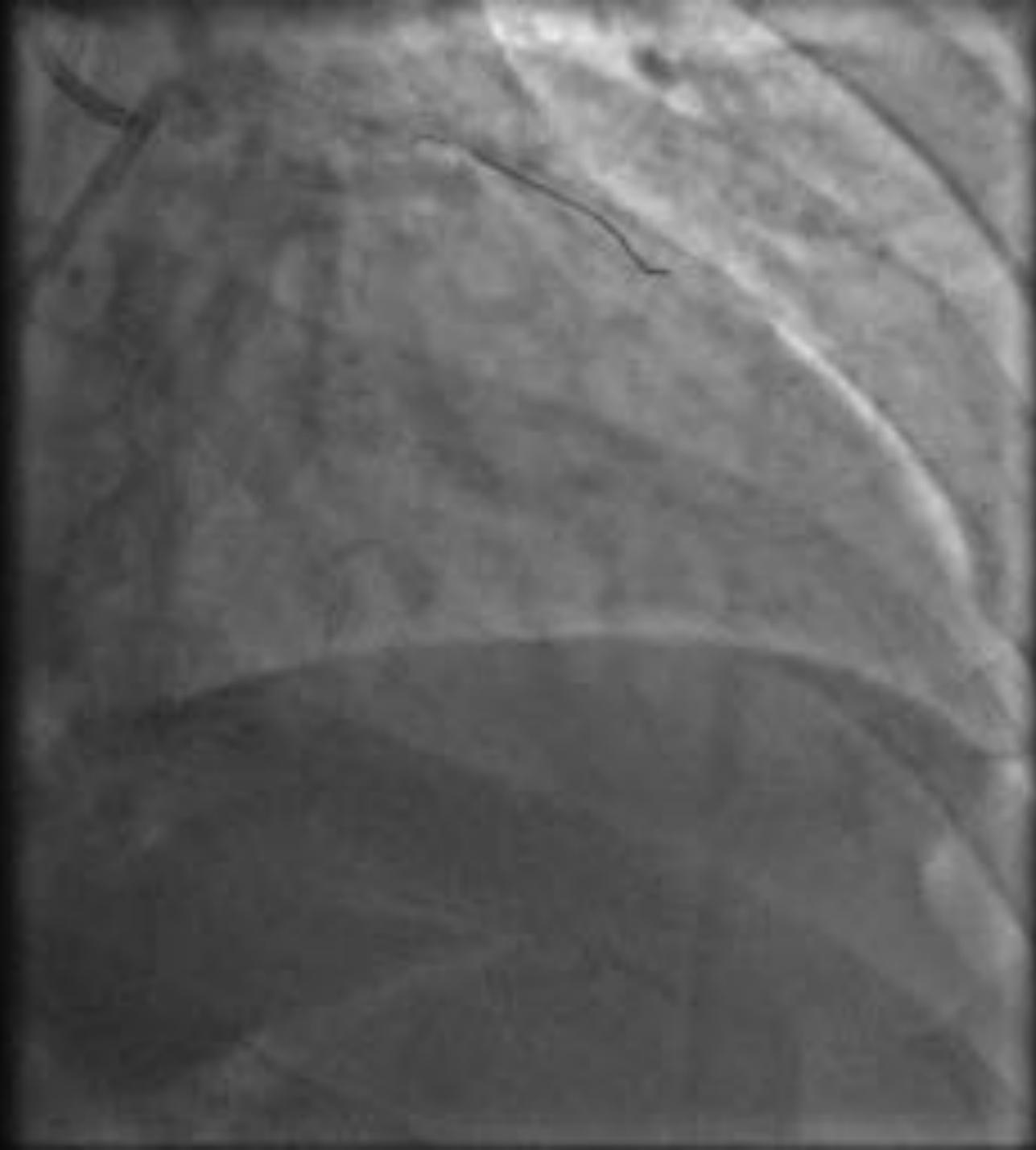


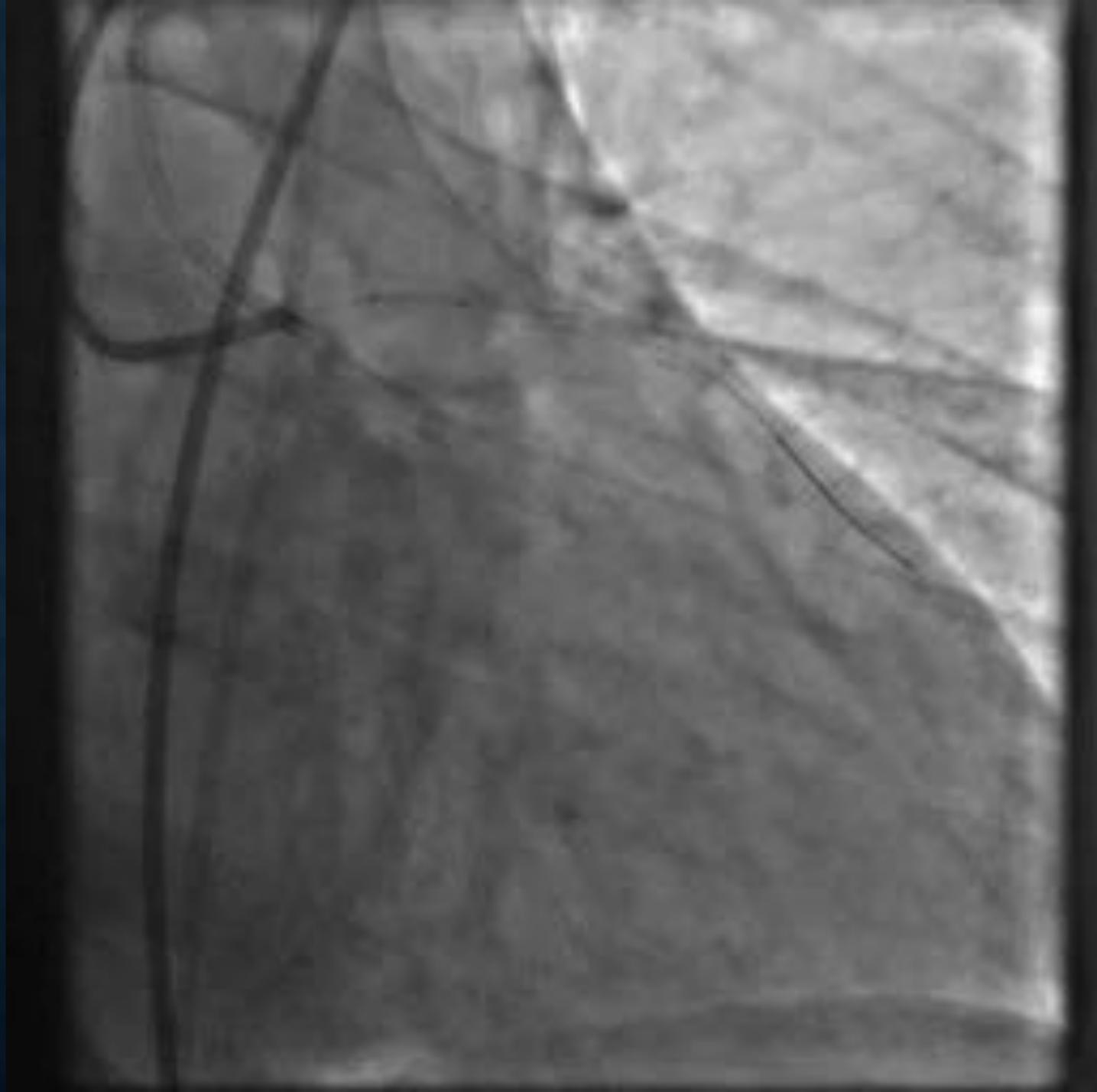


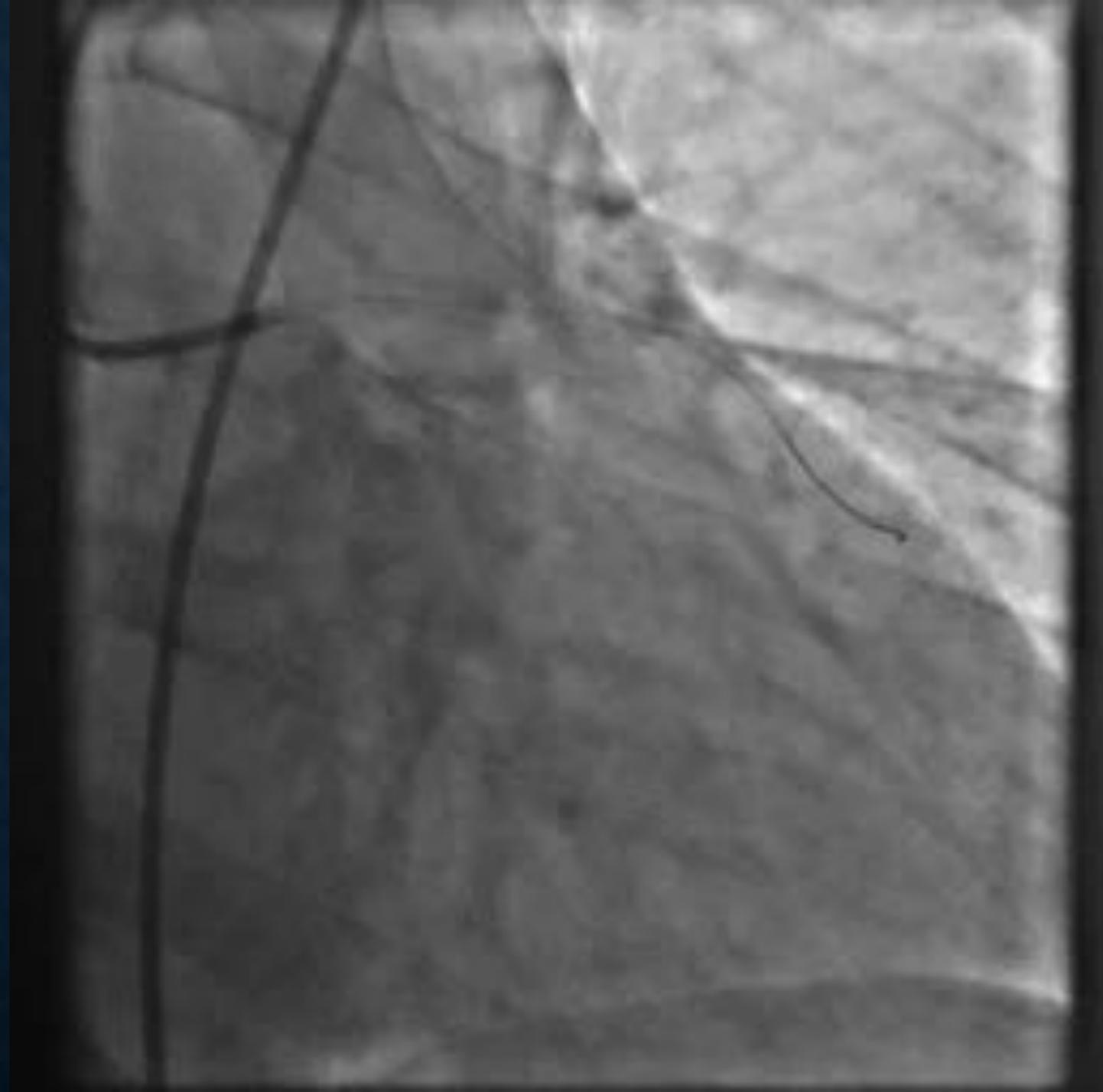












Take home message

- Mettre le patient au centre du débat
- Donc les bonnes (utiles) indications de CTO sont rares
- Bien faire, c'est pourtant faire souvent (learning curve)
- Respecter les indications et ne pas se priver d'un proctor