STOP AND GO… TO CORO

Dr Alexandre LAFONT

Service de cardiologie – Hôpital Cochin

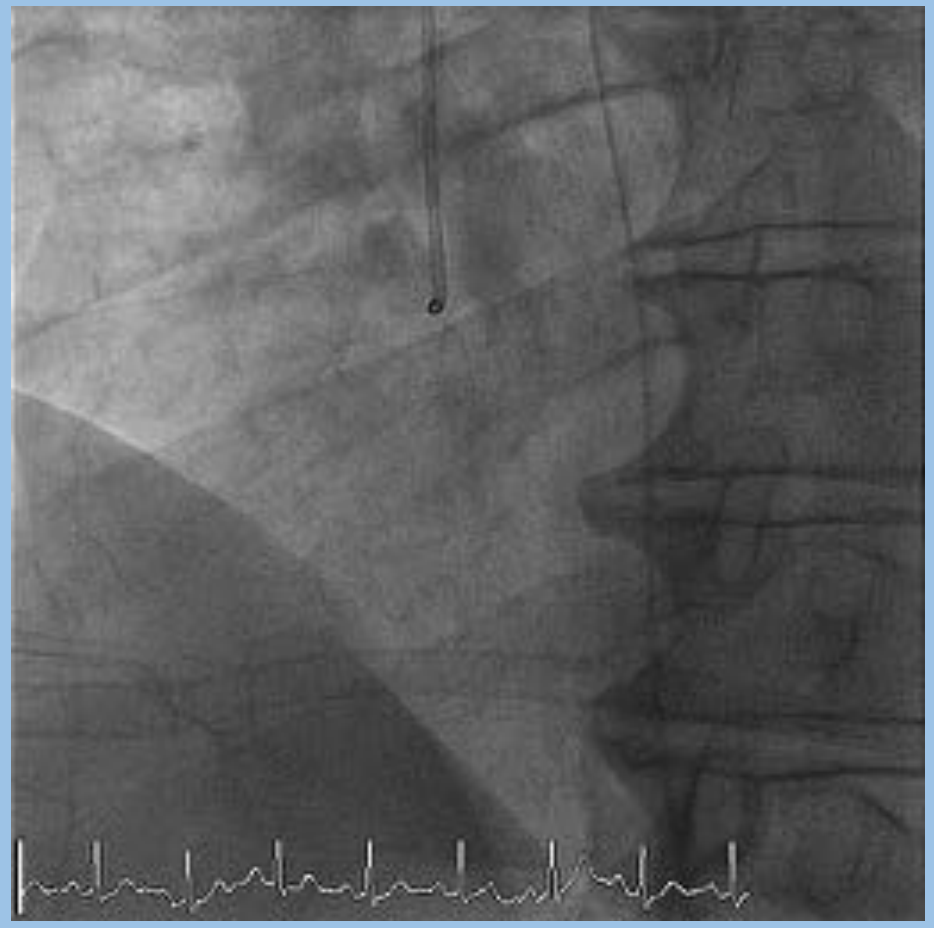
04 juin 2021

Mr T, 66 ans

- Arrêt cardiaque extra-hospitalier en bricolant avec son fils
- No Flow 5mn, début d'un massage cardiaque externe par son fils
- A l'arrivée du SAMU : fibrillation ventriculaire : 1 CEE puis 1mg d'adrénaline
- Low flow 23mn - ECG post RACS : sinusal, absence de sus-décalage du segment ST

Coronarographie

Coronarographie



1er bilan

- Absence d'occlusion coronaire, lésions non significatives Cx
- TDM cérébral et angioscanner : absence de saignement intracrânien ou d'EP
- Transfert en réanimation, hypothermie thérapeutique 24h
- On récupère les antécédents du patient...

Antécédents

- <u>FDRCV :</u>
  - Tabagisme 25 PA sevré il y a 20 ans
  - Dyslipidémie

- <u>Antécédents :</u>
  - Hospitalisation il y a 3 mois pour syncope avec élévation de troponine
  - ECG : rythme sinusal, pas de trouble de conduction ni de repolarisation
  - ETT : normale
  - Coro : athérome NS de la Cx
  - Scope : quelques salves d'ESSV

→ **Conclusion : syncope vaso-vagale...**

Evolution

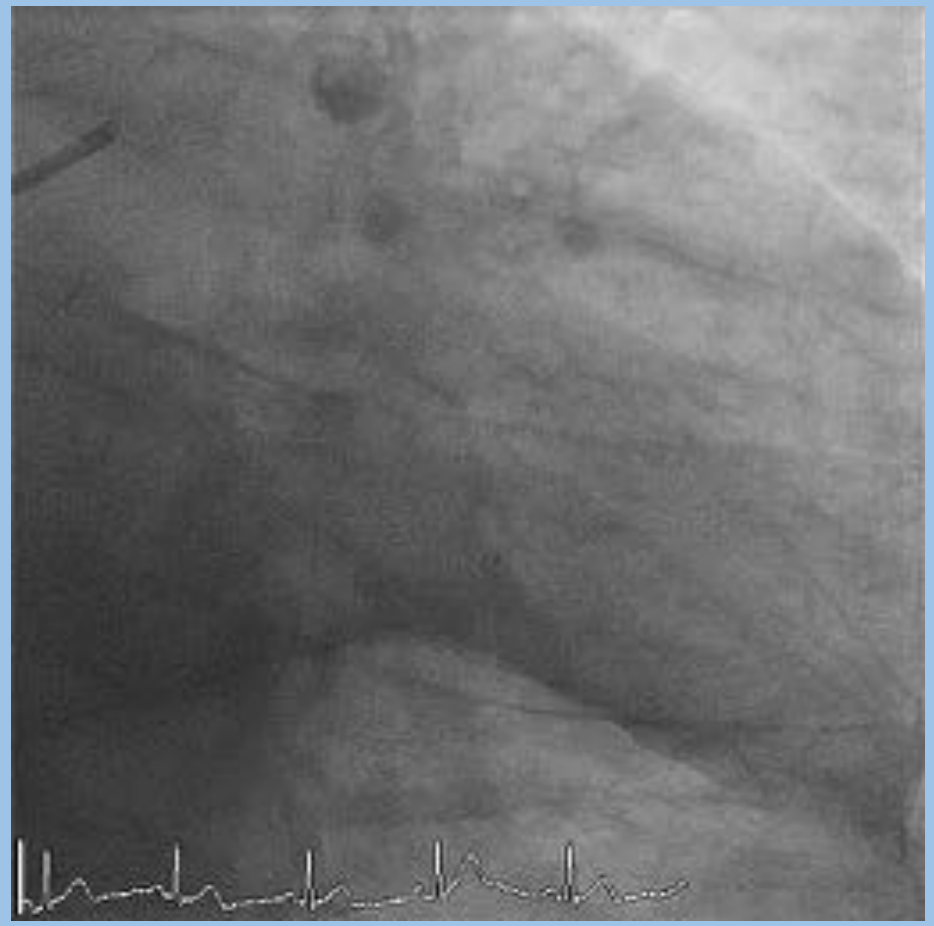
- Favorable en réanimation, hémodynamique restée stable
- Réveil progressif après levée des sédations, PAVM traitée par Tazocilline
- Extubation à J6, puis transfert en USIC à J7

En USIC

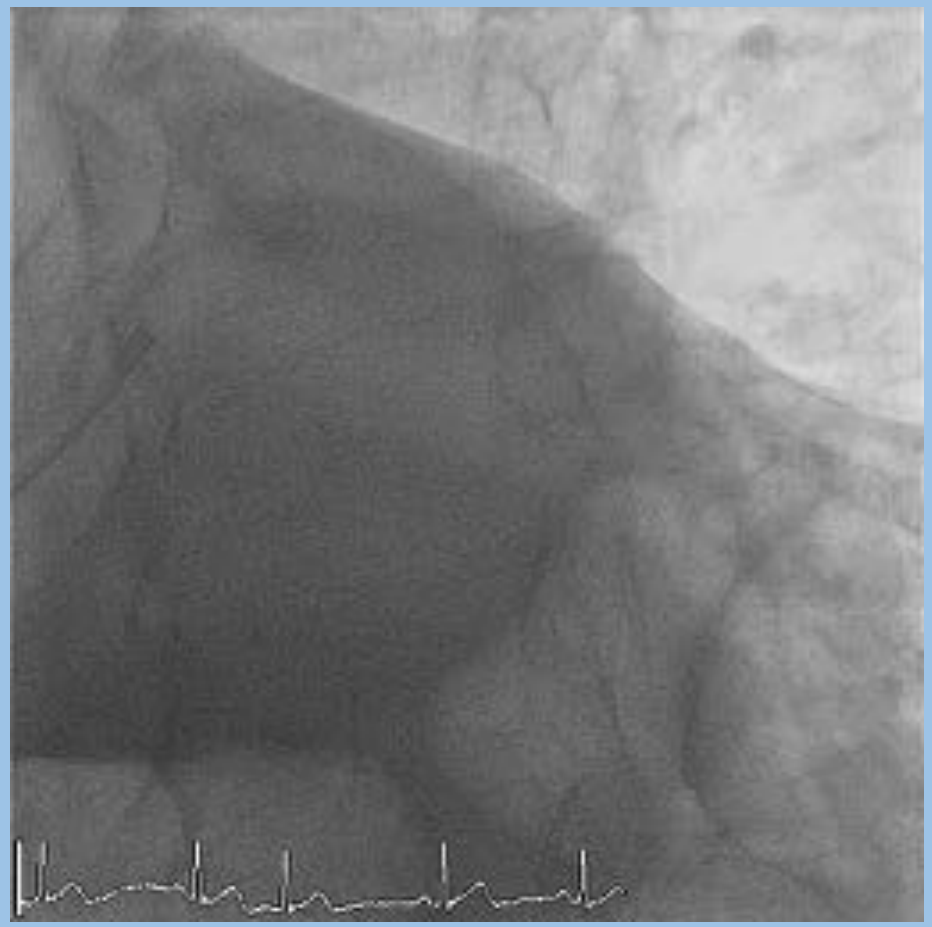
- ECG : sinusal, pas de trouble de la repolarisation, pas d'anomalie du QT
- ETT : FEVG normale, pas de trouble de cinétique segmentaire
- IRM cardiaque : normale, absence d'œdème ou de rehaussement pathologique

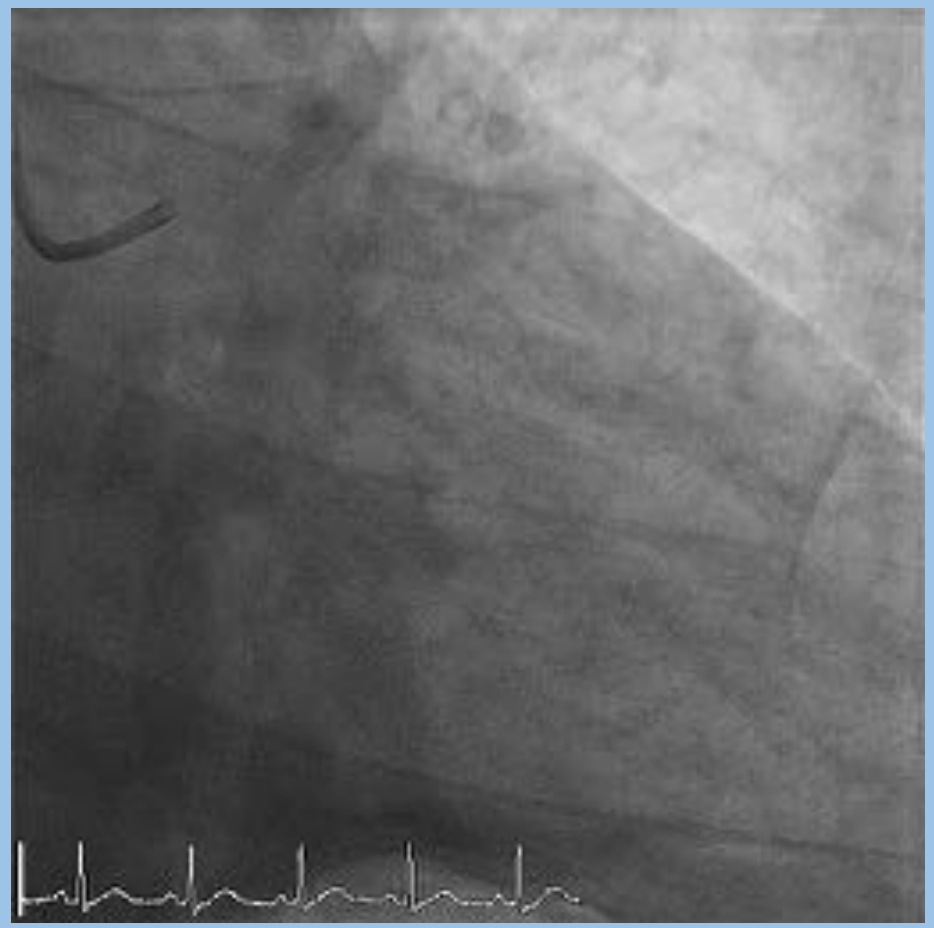
→ **Décision contrôle coronarographique avec test de provocation du spasme**

Test au Methergin



Test au Methergin

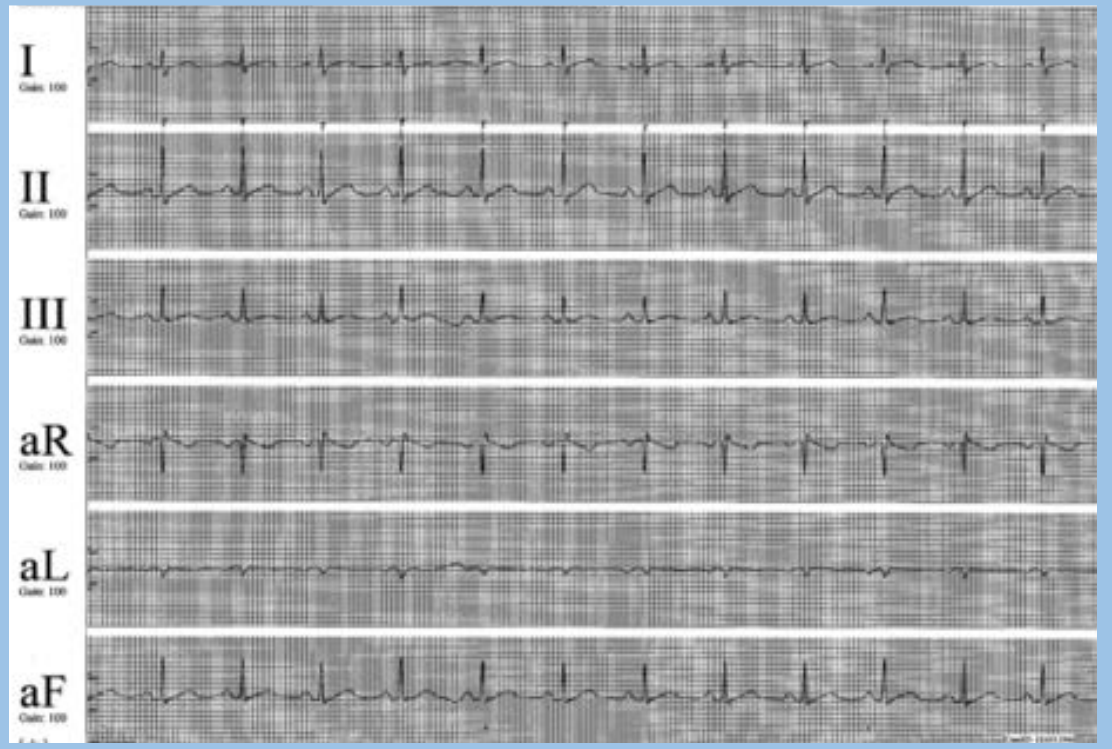




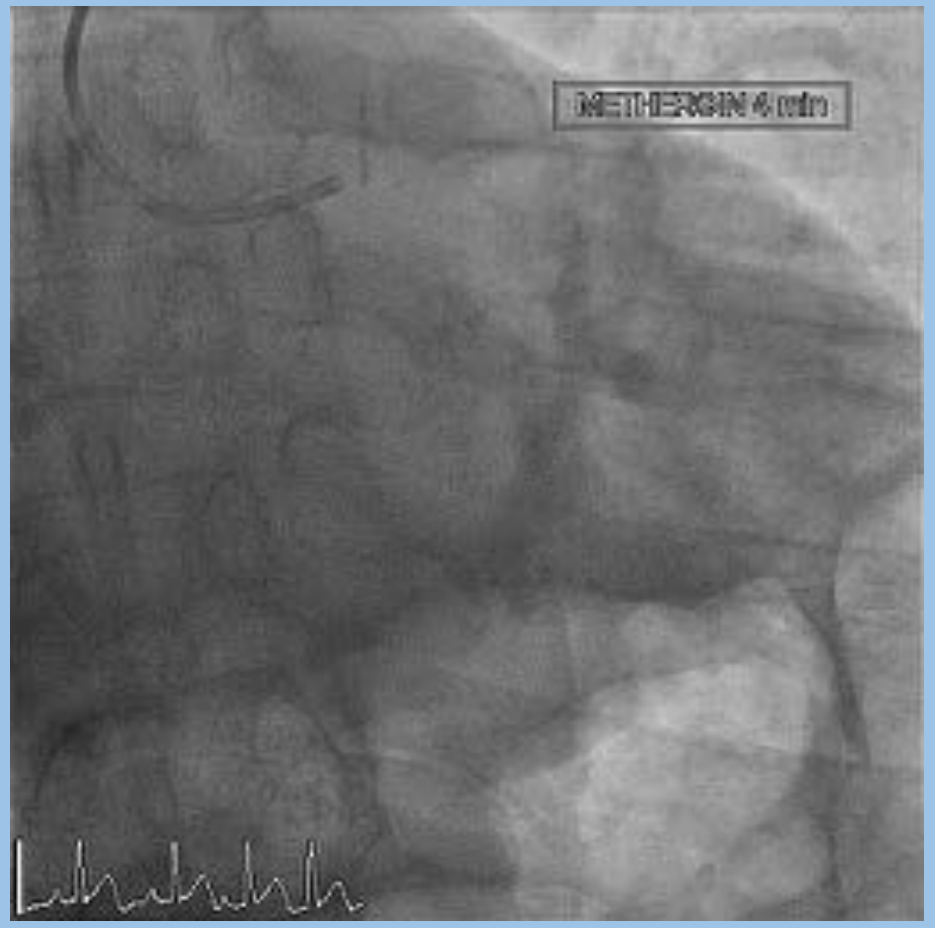
Spasme subocclusif de la CX

- Introduction d'un traitement antispastique :
  - Amlodipine 10 mg/j
  - Verapamil 120 mg x2/j
- Ajout d'aspirine et de statines à fortes doses
- Contrôle coronarographique à J5

Methergin de contrôle sous traitement



Methergin de contrôle sous traitement



Methergin de contrôle sous traitement

Spasme réfractaire

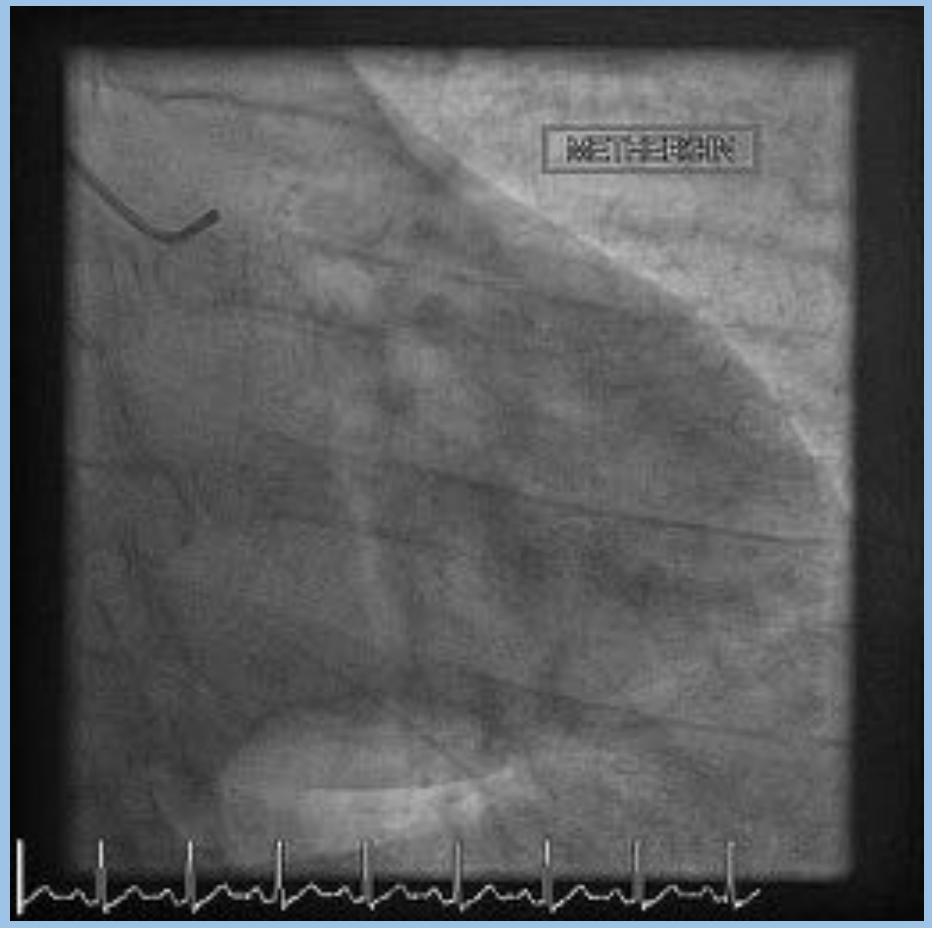
Résultat stenting Cx

Au total

- ACEH sur probable spasme occlusif de la Cx compliqué d'une FV
- Spasme réfractaire à une double thérapie anticalcique, ayant nécessité un stenting
- Discussion sur intérêt d'un DAI en prévention secondaire
- Devant la réticence du patient, mise en place d'une LifeVest, puis contrôle à M1

Contrôle coronarographique à M1

Contrôle coronarographique à M1



Contrôle coronarographique à M1

- Persistance vasoréactivité sans spasme occlusif
- Décision implantation DAI en prévention secondaire
- 18 mois après l'événement : le patient va bien, pas de douleur ni choc délivré

Take home messages

- **ACEH sur FV : pas uniquement sur des occlusions thrombotiques**
- **Un spasme coronaire doit être recherché devant tout ACR à « coronaires saines » en l'absence d'autre cause retrouvée**
- **Discussion au cas par cas de l'intérêt d'un DAI dans cette indication**