

Cas clinique « bar à cas »
STEMI:
En 2 temps , 3 mouvements

Michel Pansieri

APPAC 2021

03/06/2021

Patient de 68 ans admis pour:

- SCA ST+ < H6
- ATCDs: IDM ant en 2014. → ATL 1aire IVA 1-2, 2 DES ok. Monotronc
- F de R: HTA , Dyslip.
- Dernière FE 55%

Coro ATL 2014

FAGES, PHILIPPE JPEG 2000 10:1 (lossy) (Dérivé), Filtre : Filtrer 6
140028264
PANSIERI, Michel
CH AVIGNON

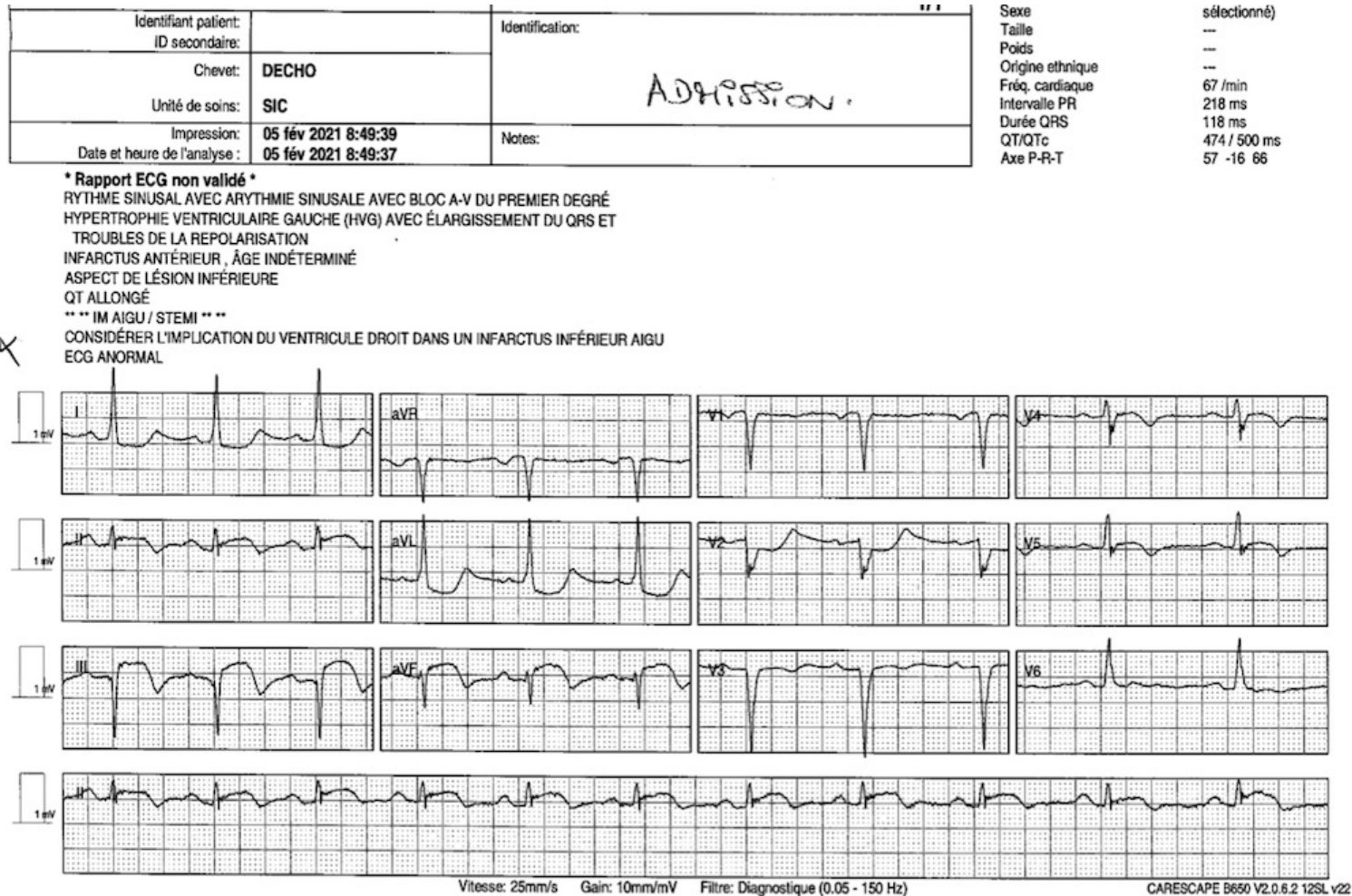
140028264
11/10/2014 13:32
PANSIERI, Michel
CH AVIGNON

11/10/2014 13:32
140028264
PANSIERI, Michel
CH AVIGNON

11/10/2014 13:32
G14 1

11.30 C

Le patient ne souffre plus à l'arrivée mais...



CG: IVA ok, Cx2 excentrée 80% CD: 90%

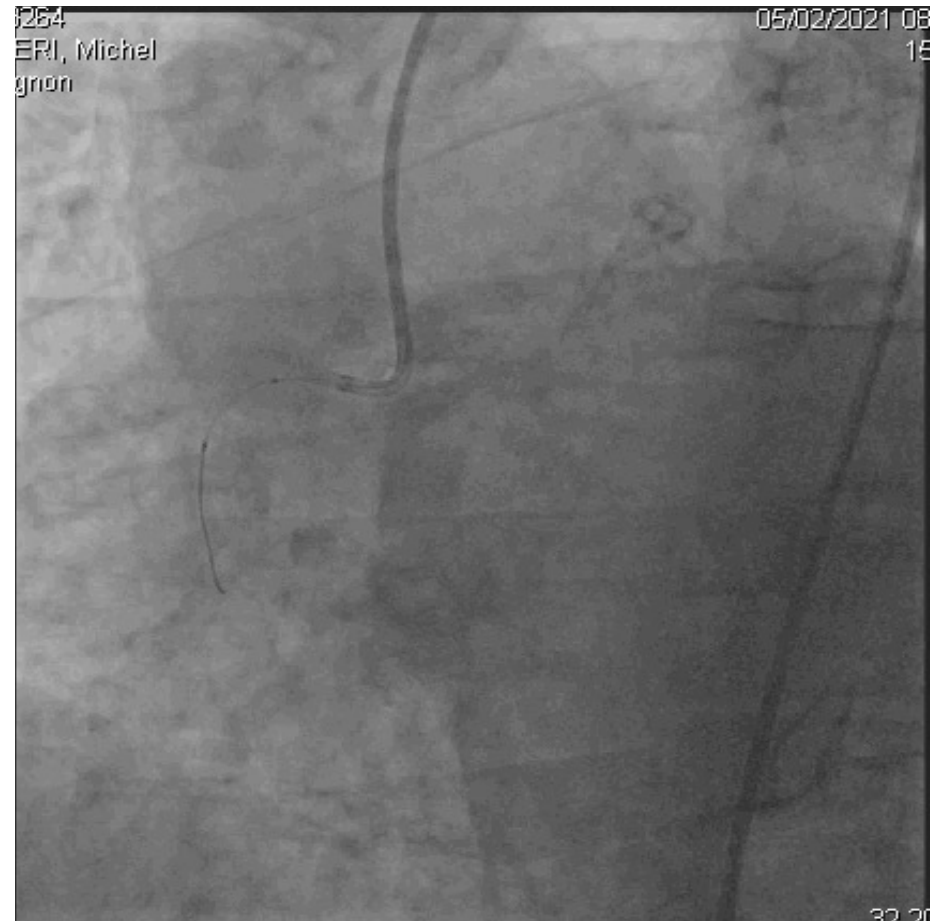
0028264
INSIERI, Michel
Avignon

05/02/2021 08:4
155

15:00



Tentative ATL CD



J'appelle un ami...



- Echec procédure: patient non ischémique, ECG amélioré retour USIC

ECG post coro

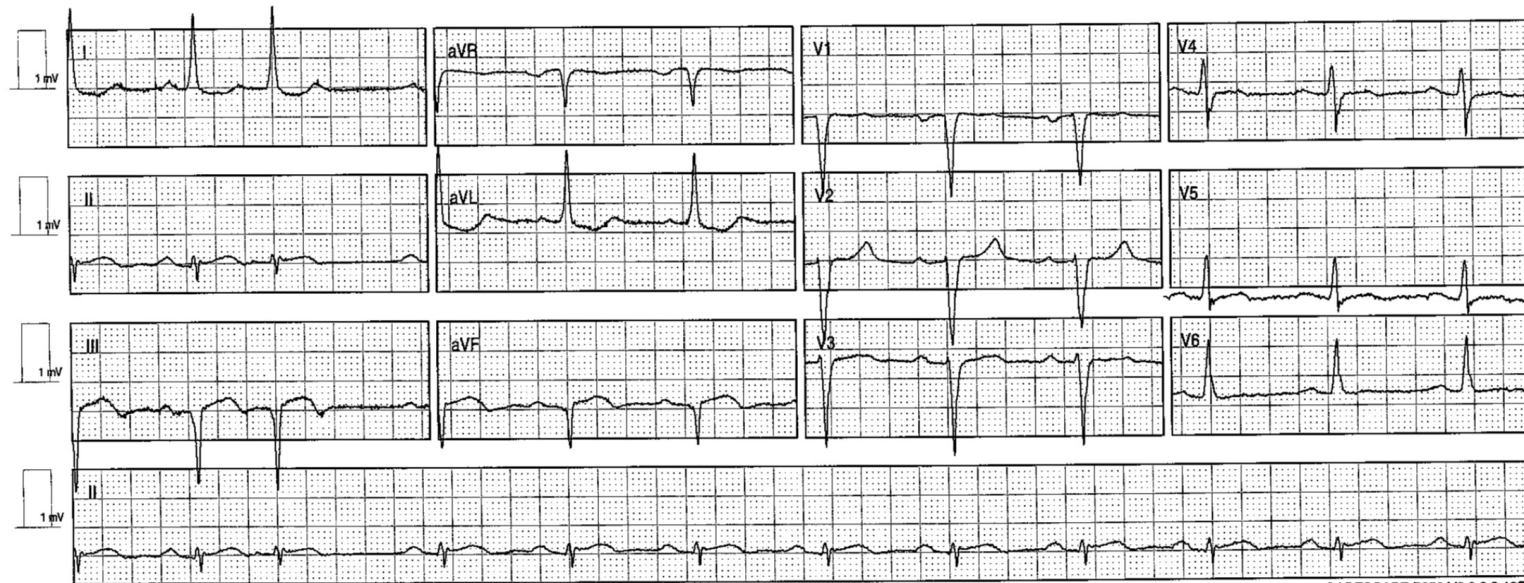
Identifiant patient: ID secondaire:		Identification: <i>post ATTE CORO</i>
Chevet:	DECHO	
Unité de soins:	SIC	Notes:
Impression:	05 fév 2021 11:22:36	
Date et heure de l'analyse :	05 fév 2021 11:22:27	

Taille ---
Poids ---
Origine ethnique ---
Fréq. cardiaque 69 /min
Intervalle PR 218 ms
Durée QRS 112 ms
QT/QTc 422 / 452 ms
Axe P-R-T 55 -30 84

*** Rapport ECG non validé ***

RYTHME SINUSAL AVEC BLOC A-V DU PREMIER DEGRÉ AVEC EXTRASYSTOLES
AURICULAIRES
DÉVIATION AXIALE GAUCHE
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE (HVG) AVEC DES TROUBLES DE LA
REPOLARISATION
INFARCTUS INFÉRIEUR, ÂGE INDÉTERMINÉ
ECG ANORMAL

X



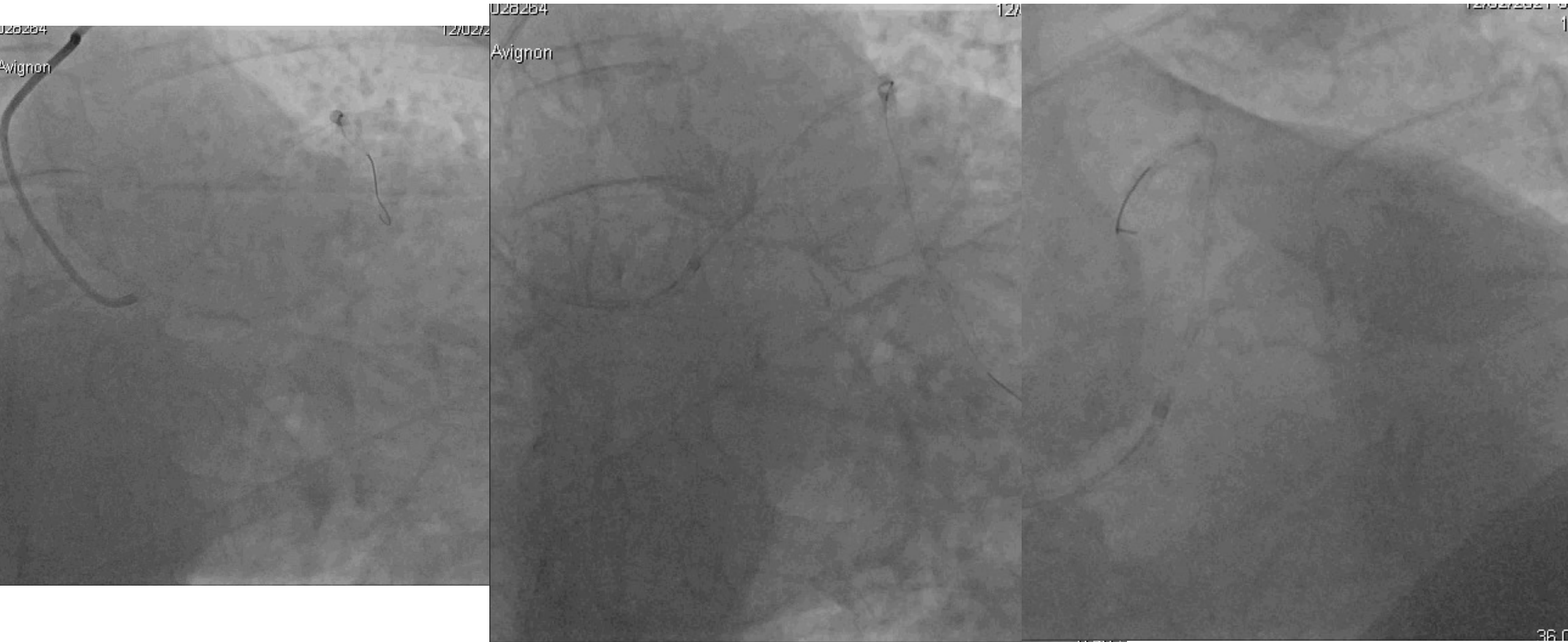
Vitesse: 25mm/s Gain: 10mm/mV Filtre: Diagnostique (0.05 - 150 Hz)

CARESCAPE B650 V2.0.6.2 12SL v22

Post coro: patient stable, pas de précordialgie

- Pic de troponine 2100
- ETT: FE 45% avec Hypokinésie post basale sévère, apicale modérée
- Poursuite Brilique Kardegic Atorva 80 Bisop. Perin.
- Décision de le reprendre en différé
- La CD: est ce la lésion coupable ?
- Est-ce une « occlusion récente »?
- Subocclusion calcifiée?

Patient repris pour CX CD 4 jours après

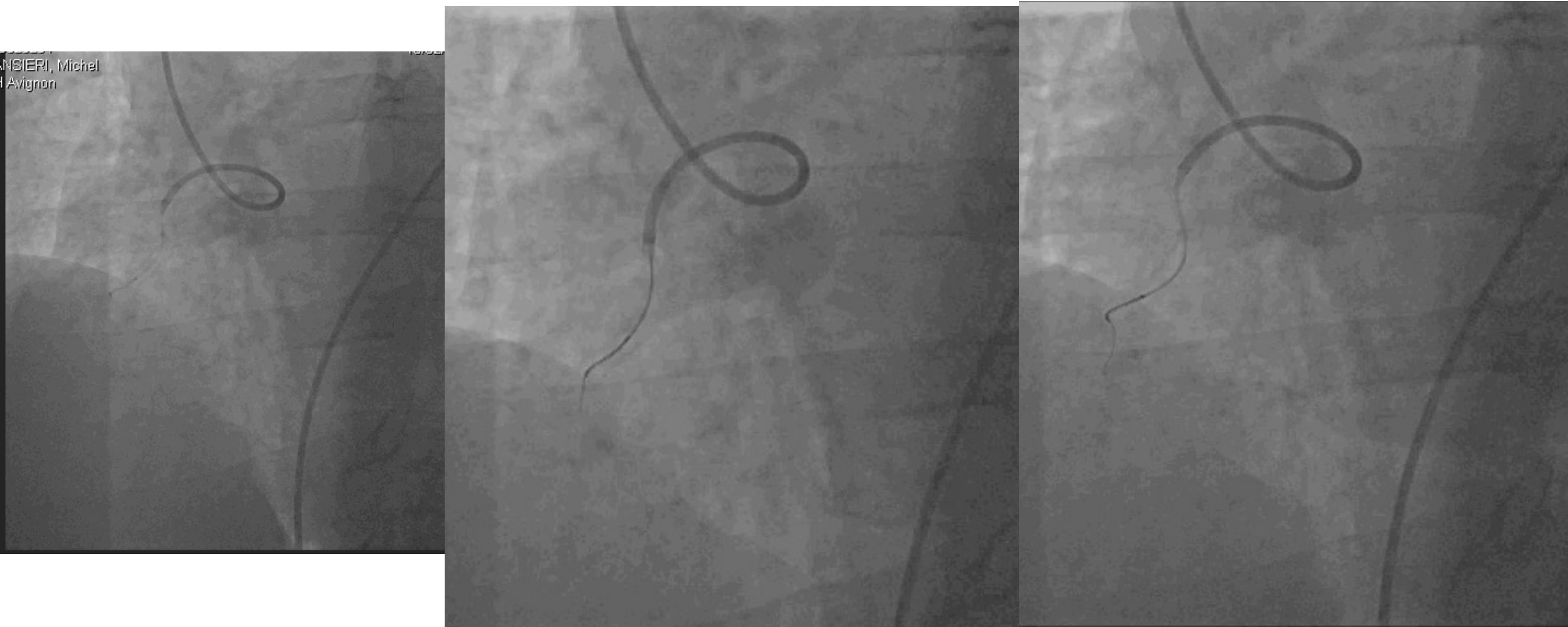


ATL CD: matériel CTO

- Abord fémoral
- KT guide 3D Right
- Guidezilla 2
- Micro cath super cross 90 °
- Guide Judo 3
- Ballons Sapphire, Ikazuchi



Intubation profonde 3D right, super cross 90°



Difficultés de franchissement ballon:
Sapphire 1.2 puis Ikazuchi 2.0, Guidezilla → Accuforce 3.5



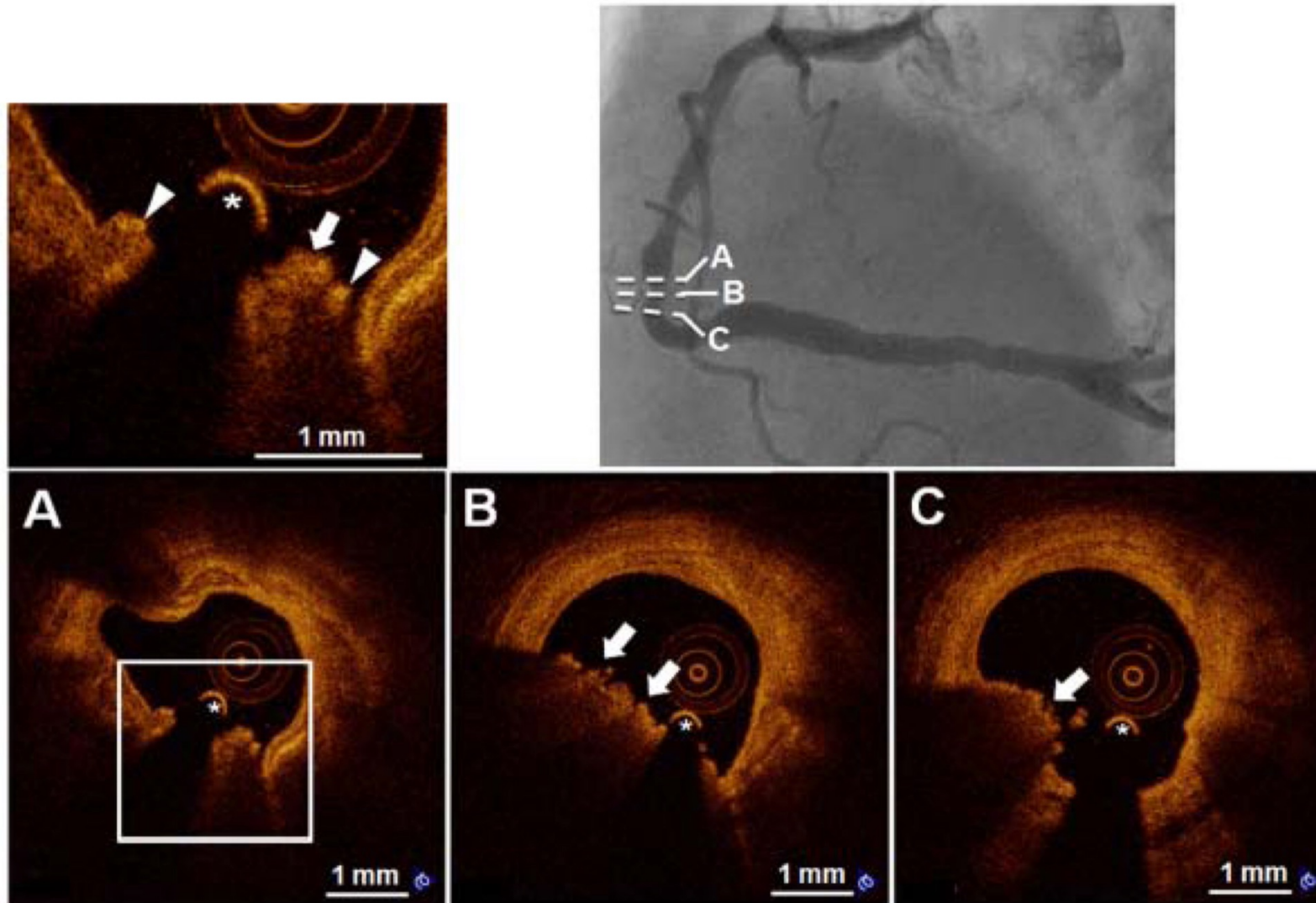
Résultat final après Onyx 3.5X18 mm



Patient SCA subocclusion calcifiée

- Plaque rompues et érosions de plaque: les plus fréquentes dans les ST+
- Nodule calcifié en cause dans ~ 5% cas
- Etude OCT (JIA, JACC 2013):
 - Pts avec nodules calcifiés + âgés (65 a) que rupture (60 a) et érosion (53 ans)
 - Surtout NSTEMI +++

Nodule calcifié chez un patient de 75 ans SCA non ST



Nodule calcaire (A)
faisant protrusion dans
la lumière à travers une
rupture de la chape
fibreuse.

Juste dessous,
thrombus rouge (B, C)

L' * indique le guide

Figure 4. Representative Case of "OCT-Calcified Nodule"

Take home message

- Les plaques des SCA y compris STEMI ne sont pas toujours des plaques molles rompues ou érodées avec thrombus
- Dans 5% des cas plaques calcifiées, avec thrombus
- Dans ce cas précis, reprise « à froid » du patient après réflexion sur le type de lésion, la stratégie , le matériel
- Certains matériels spécifiques y compris de CTO peuvent aider dans l'abord de ce type de lésions