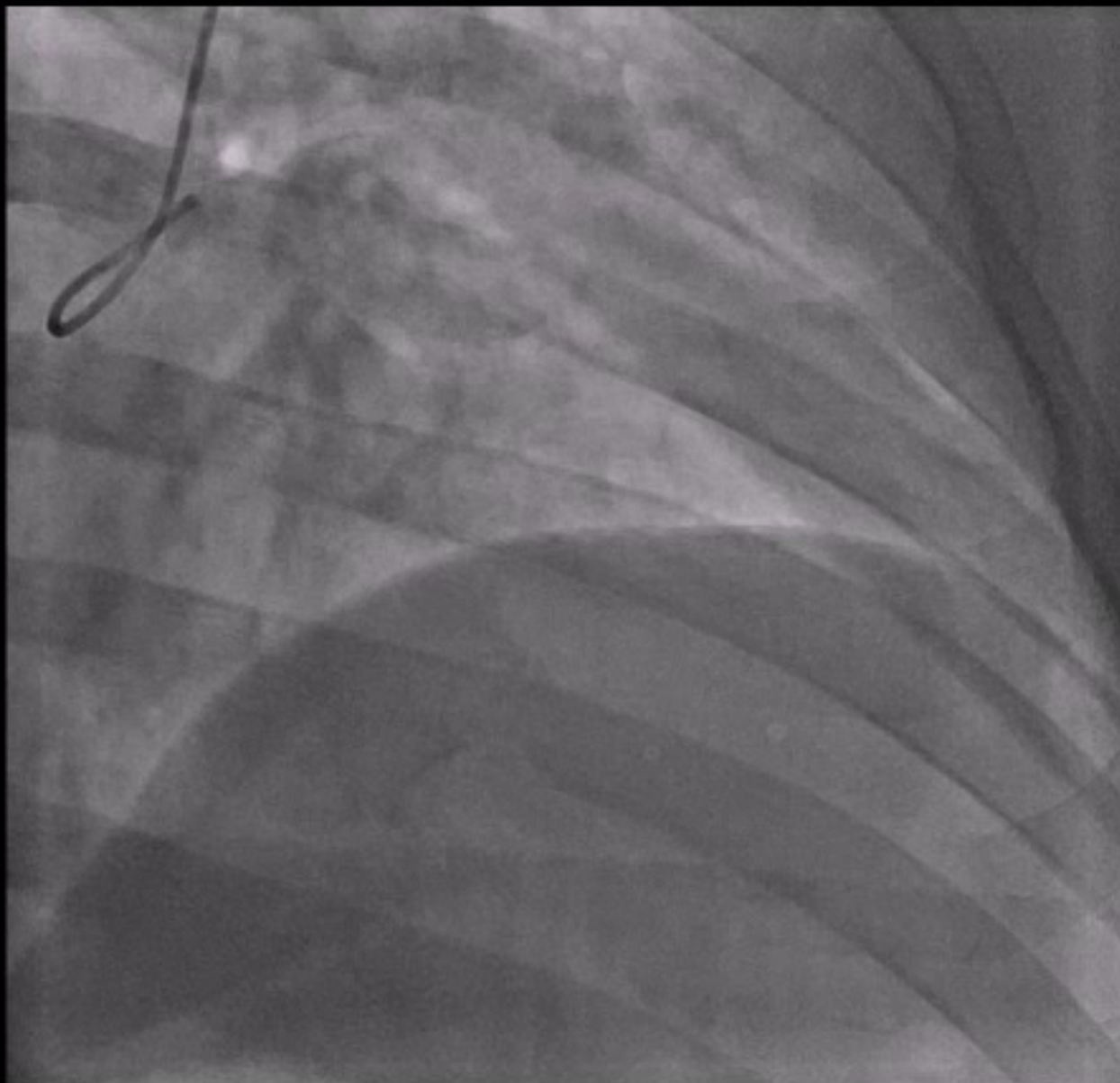
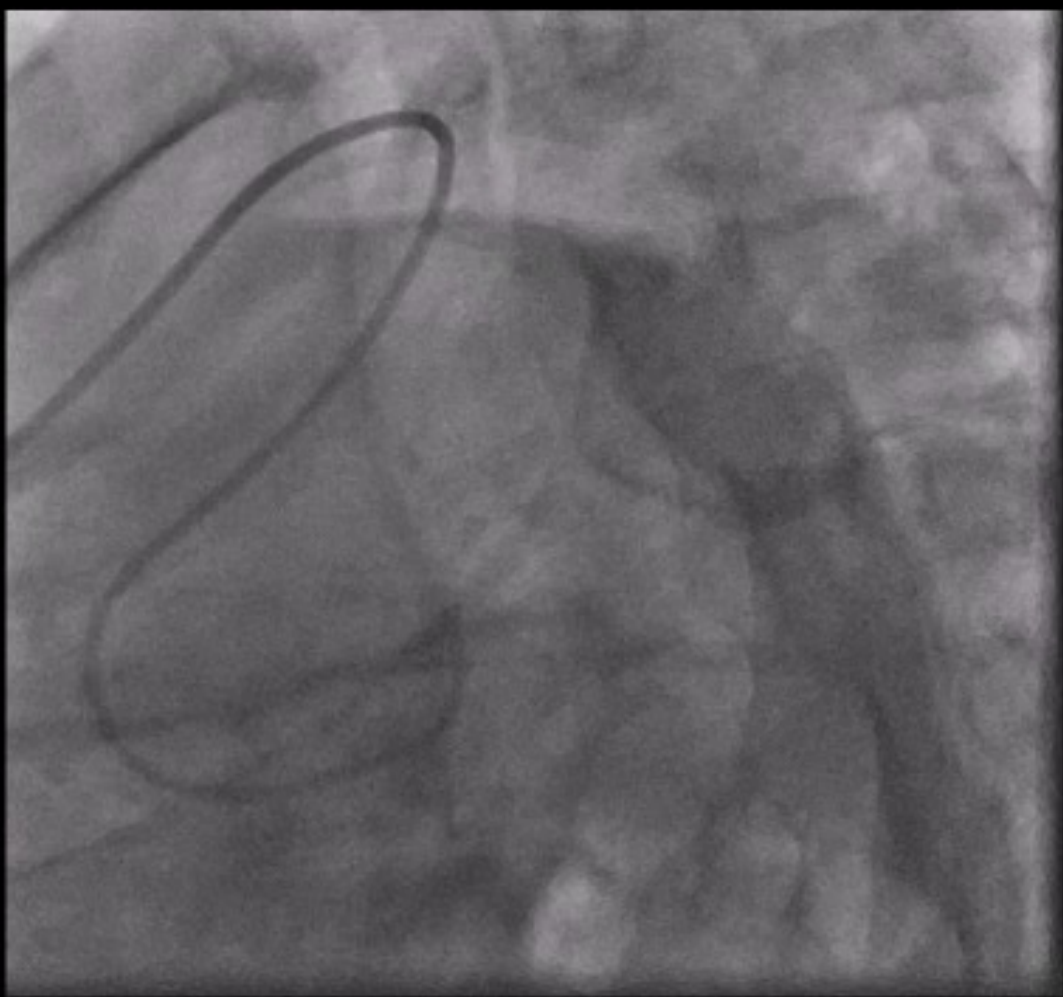
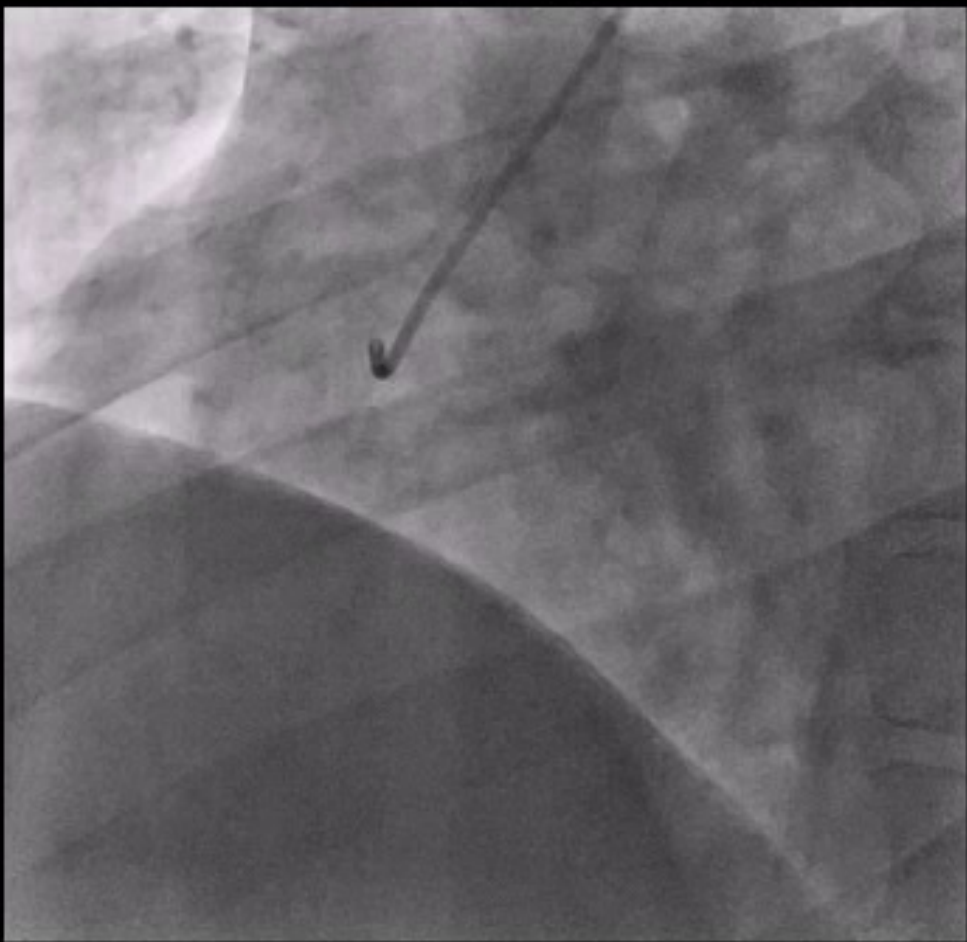


LE BAR YTON: ATTENTION DANS LE RETRO!!

- Homme de 45 ans de 78 kg pour 1,75 m
 - Antécédents familiaux lourds de coronaropathie
 - Pas de diabète
 - Pas de tabac
 - Pas d'autre antécédent
-
- Angor d'effort typique depuis « plusieurs mois » stable:
 - Large ischémie postérolatérale en ETT de stress









CTO: Hyppie Py pourra

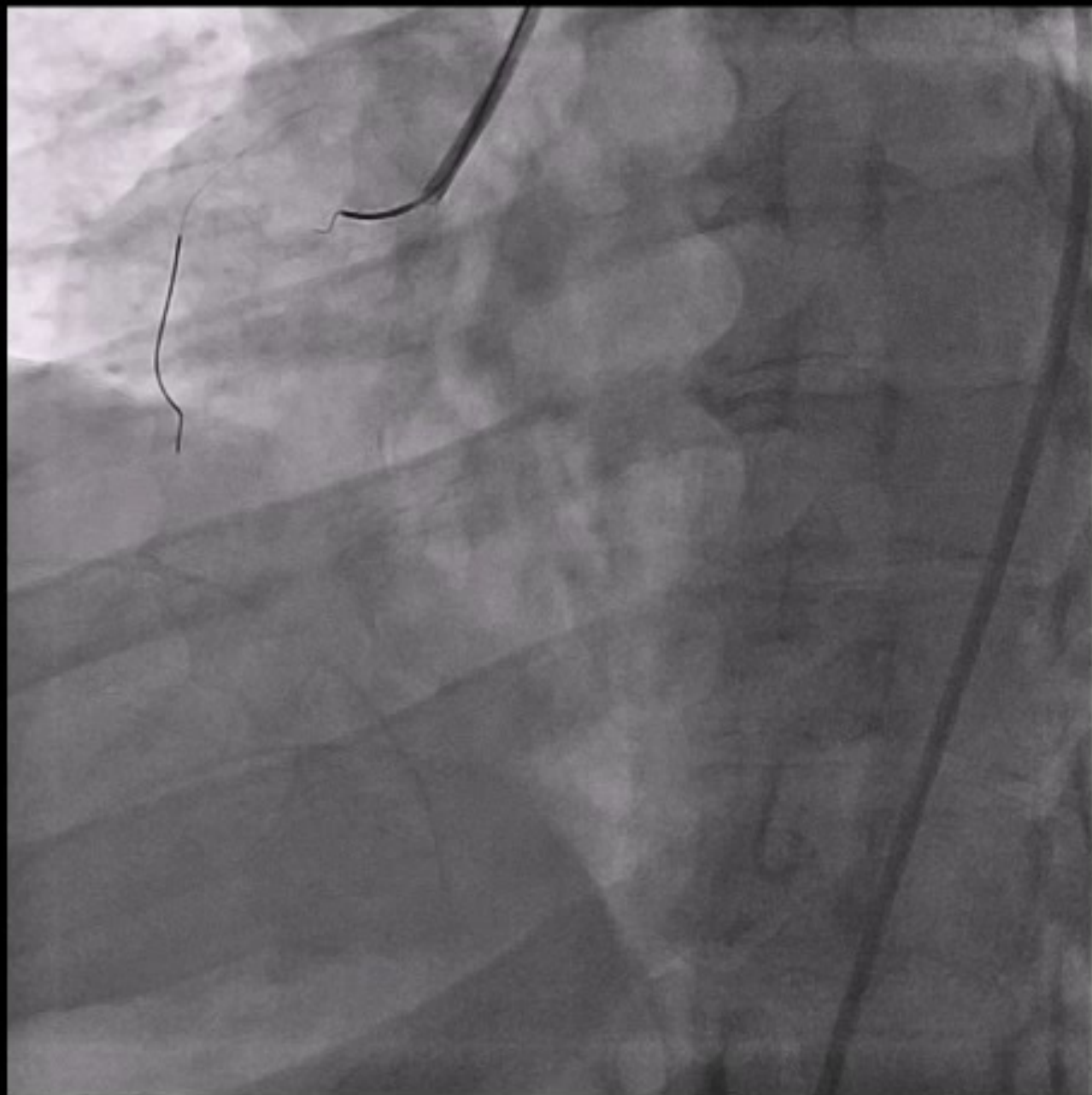
En résumé:

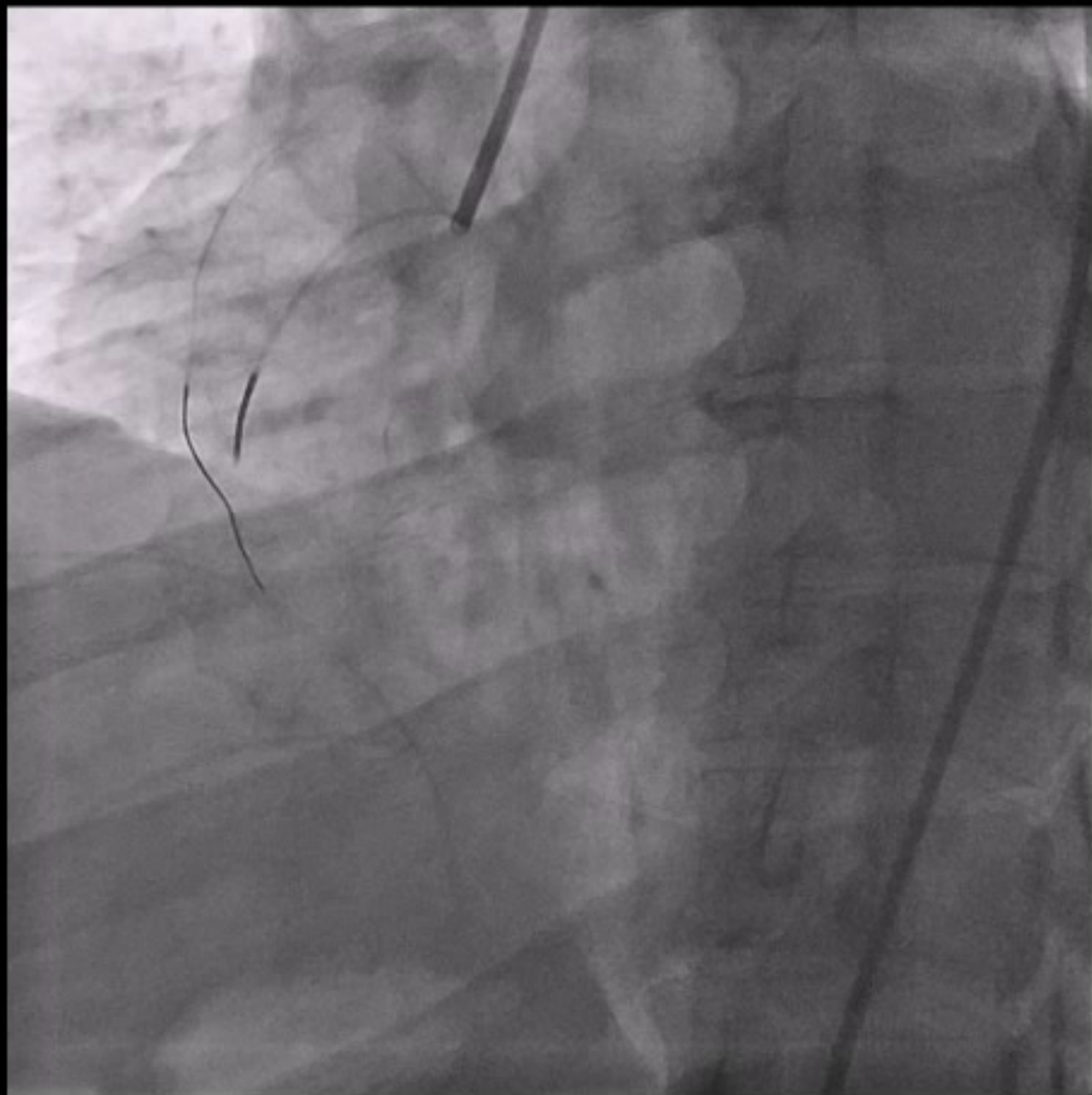
- CTO CD, aval visible en homolatéral
- CTO Cx proximale, aval peu visible en controlatéral
- Sténose diagonale
- Sténose IVA 2 négative en FFR
- Ventriculographie normale

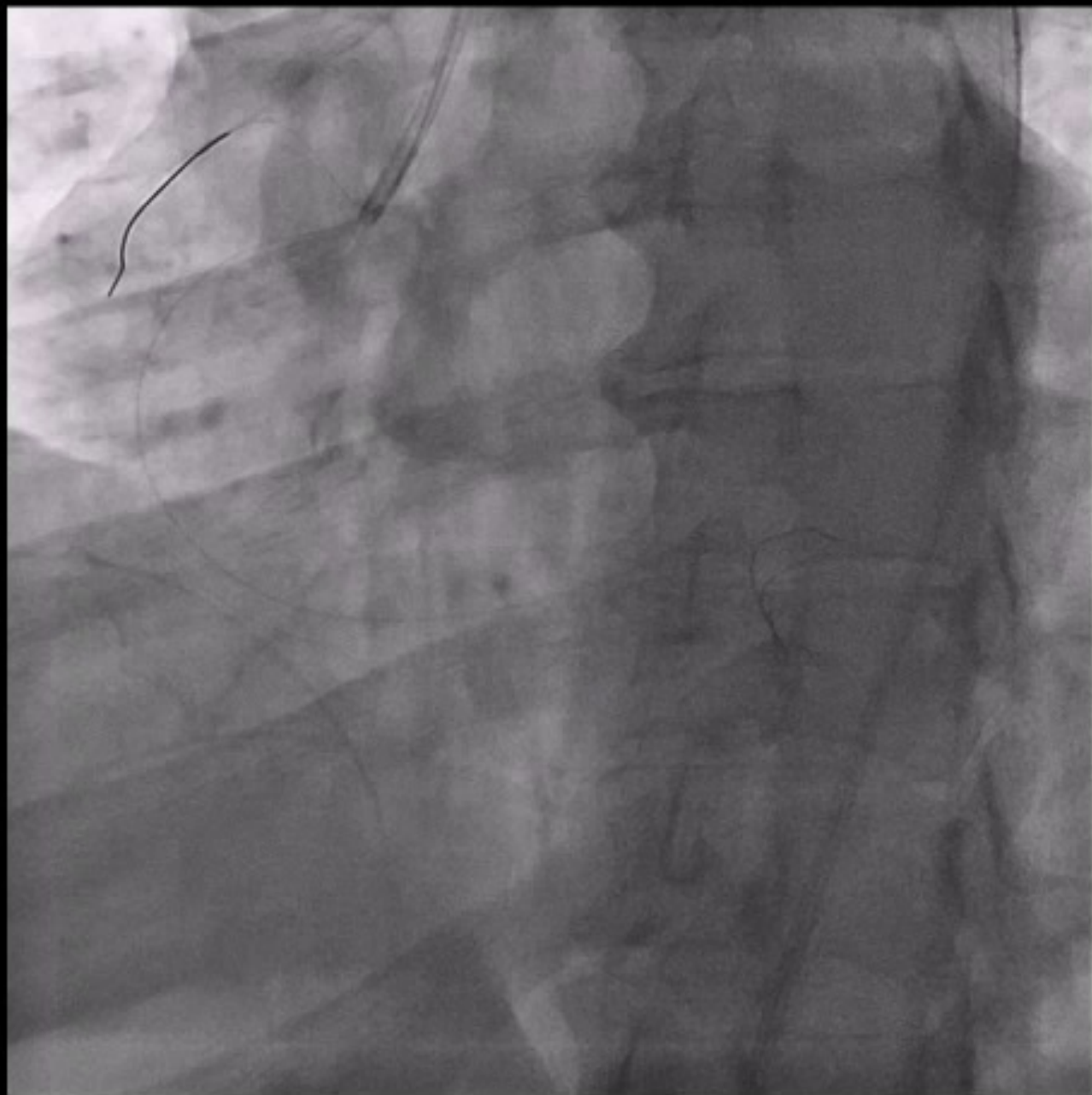
... Donc indication d'un traitement par angioplastie de première intention

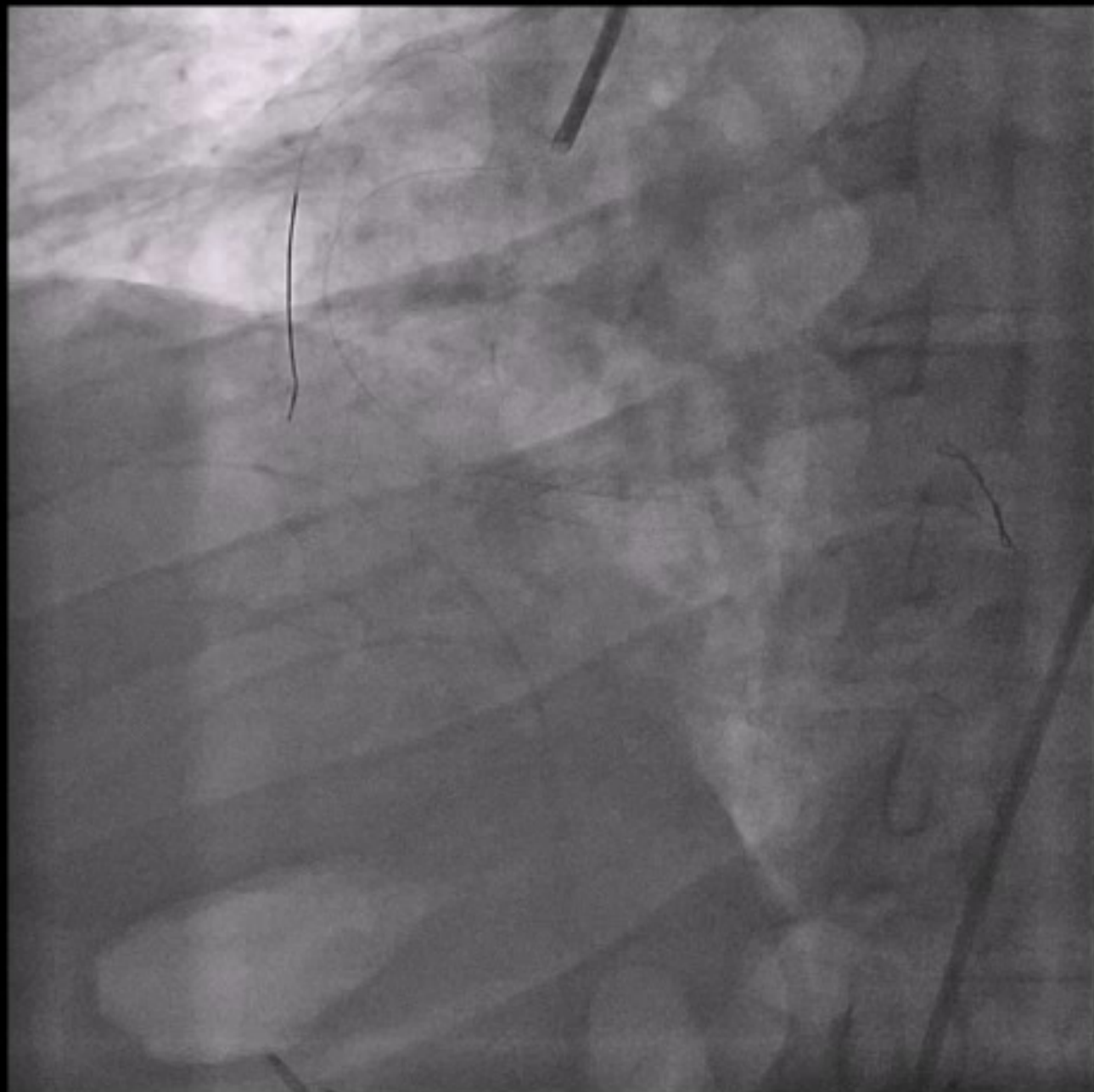
Premier acte: La coronaire droite en antérograde: Technique

- CTO courte, moignon proximal individualisable et effilé
- Aval visible en antérograde et pas en rétrograde (un seul abord)
- Pas de tortuosité d'amont ni d'aval
- JCTO peu élevé
- Naissance « verticale » vers le bas: Multipurpose 6F radiale droite. Guide d'anchoring (support) dans l'artère du nœud
- Corsair pro XS° 135 cm et guide Fielder XT °







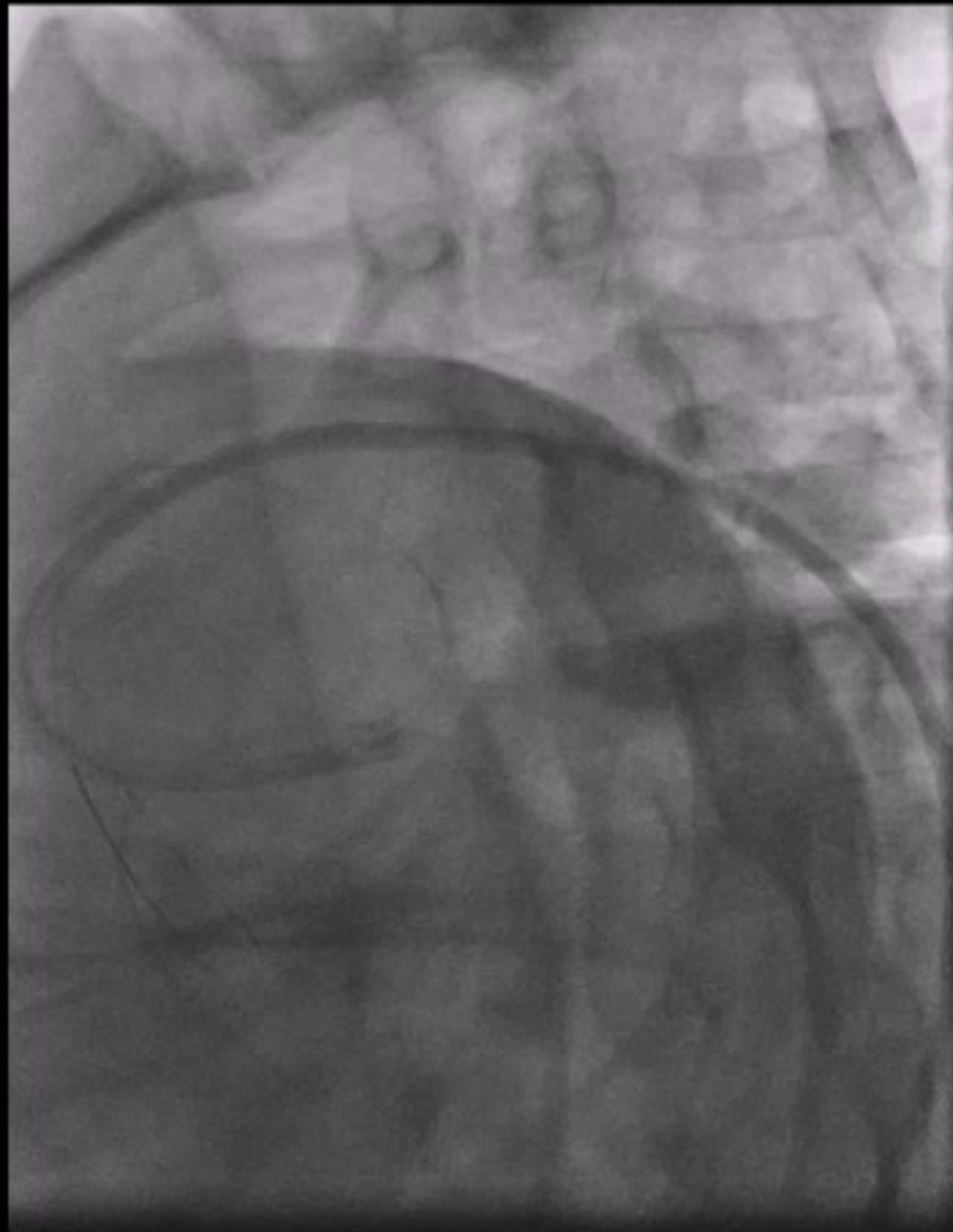


Premier acte : succès

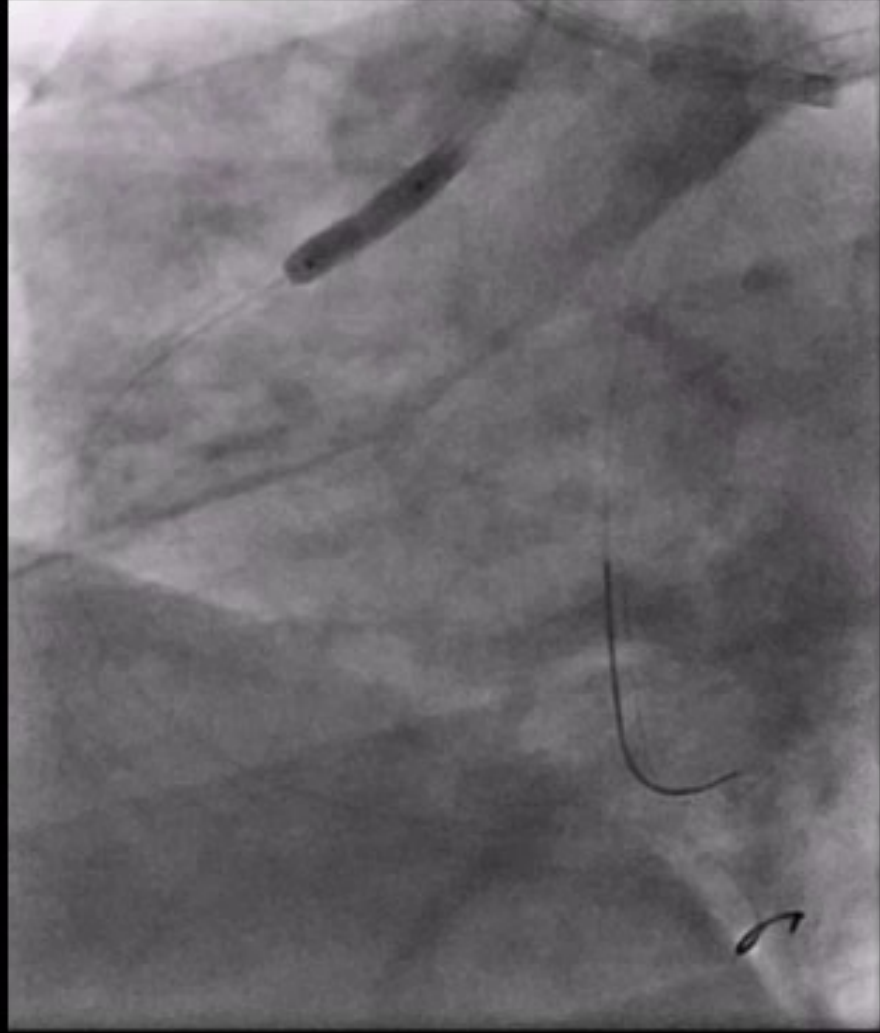
- CD récupérée
- Temps de procédure 40 minutes
- Irradiation faible
- On laisse l'aval récupérer ... Pour mieux voir la provenance de la collatéralité controlatérale vers la Cx
- On programme la CTO Cx 4 semaines plus tard sous DAPT en double abord

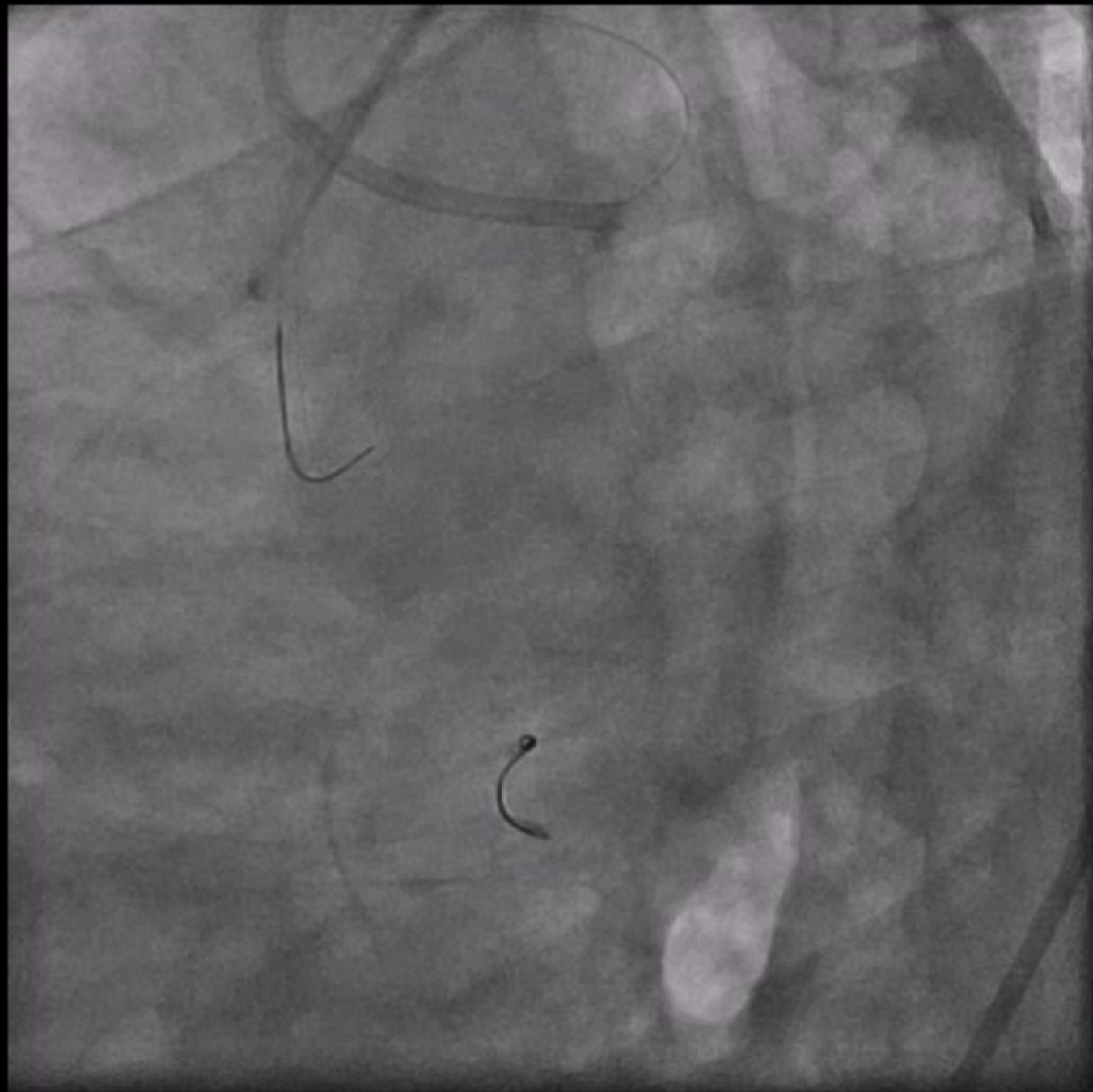
Deuxième acte: La Cx :Technique

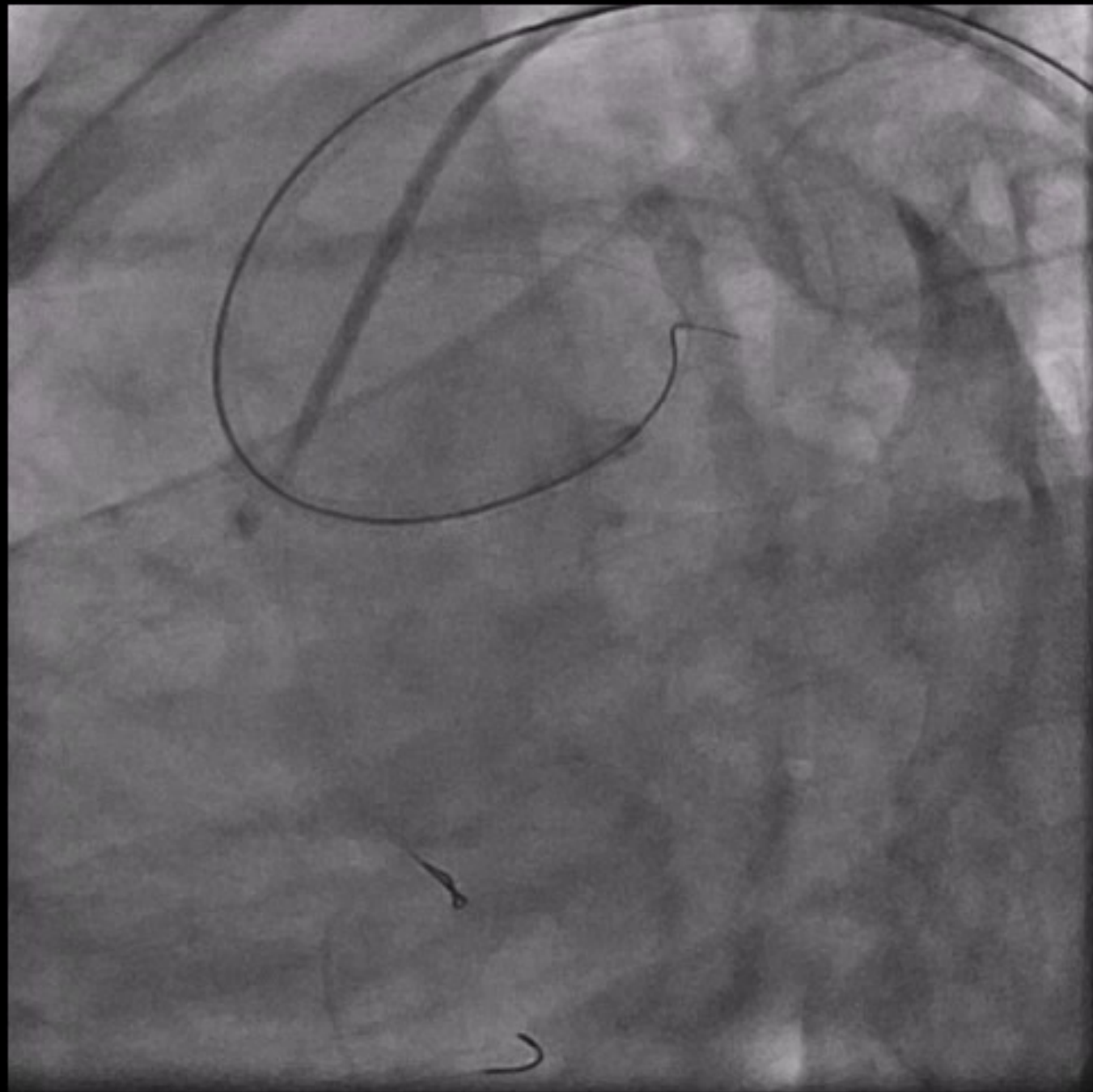
- Abord fémoral 7F, sonde EBU 4.0, guide de base (SION) dans l'interventriculaire antérieure (protection)
- Abord radial 6F, sonde Multipurpose, guide SION dans l'aval de la CD
- Stratégie: Antérograde dirigée par la reprise collatérale (?)
- Microcathéter: Finecross° puis Corsair pro XS° 135 cm si échec
- Guides: Fielder XT° puis Gaia 2° si échec

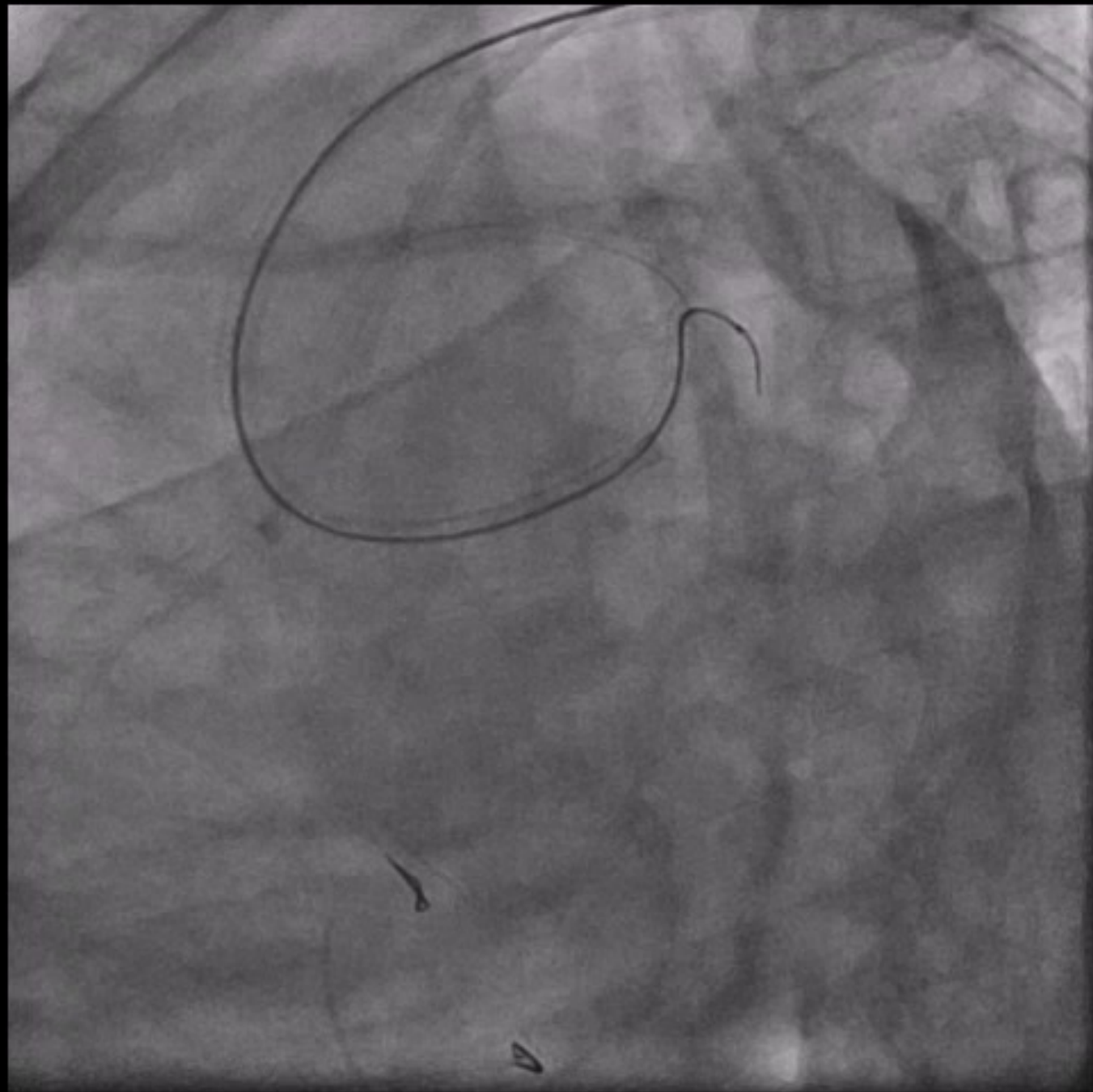


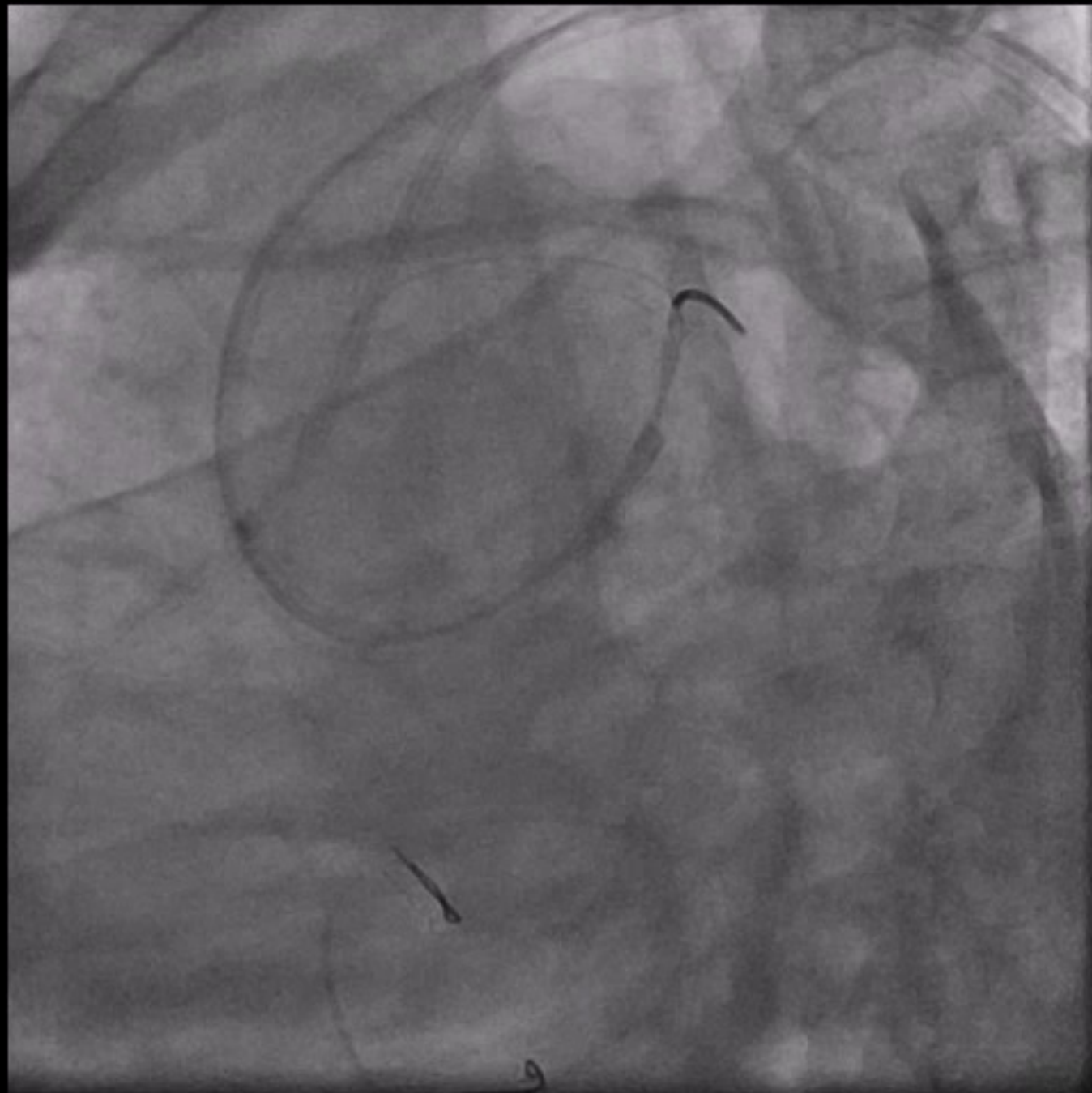






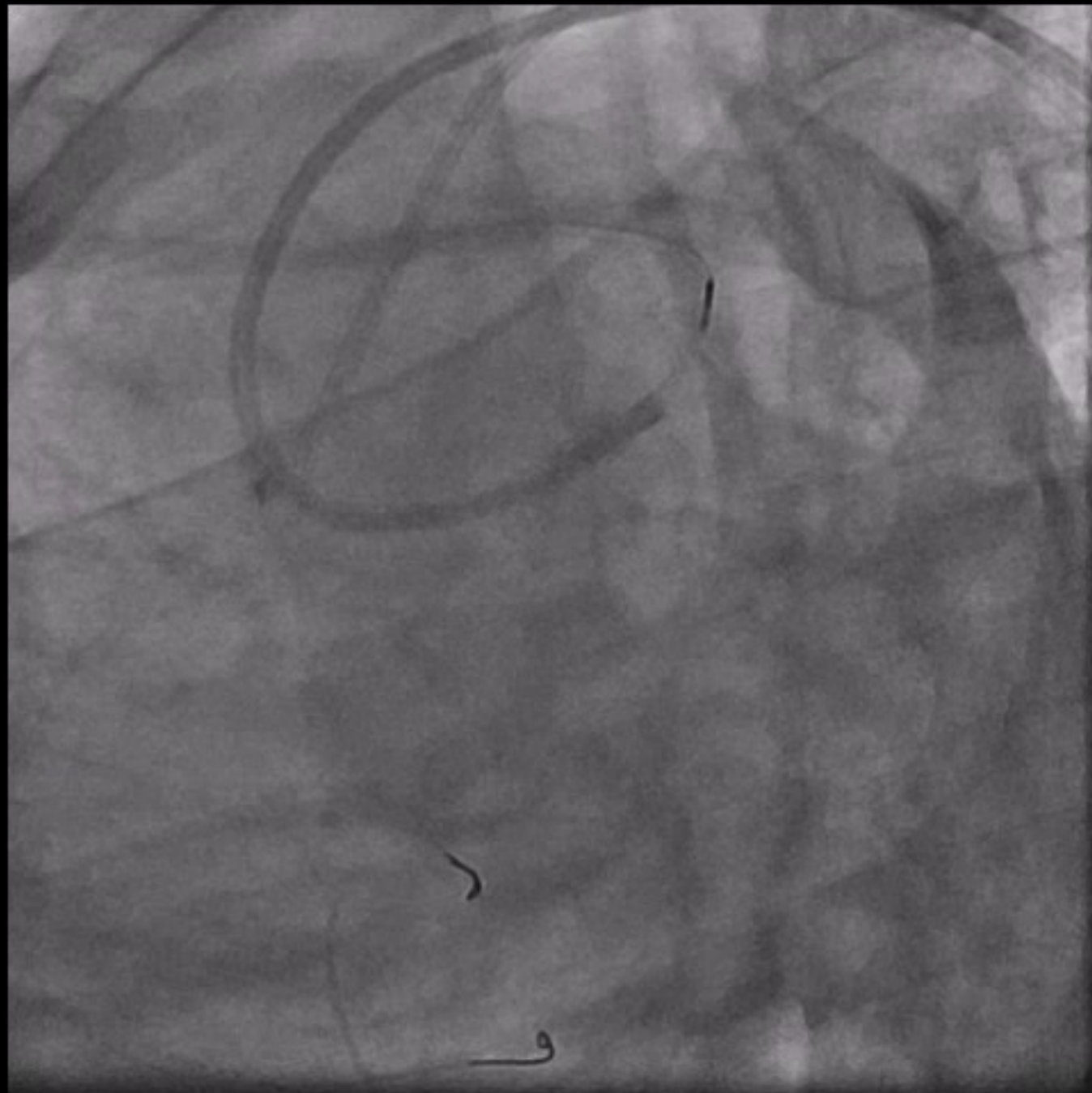


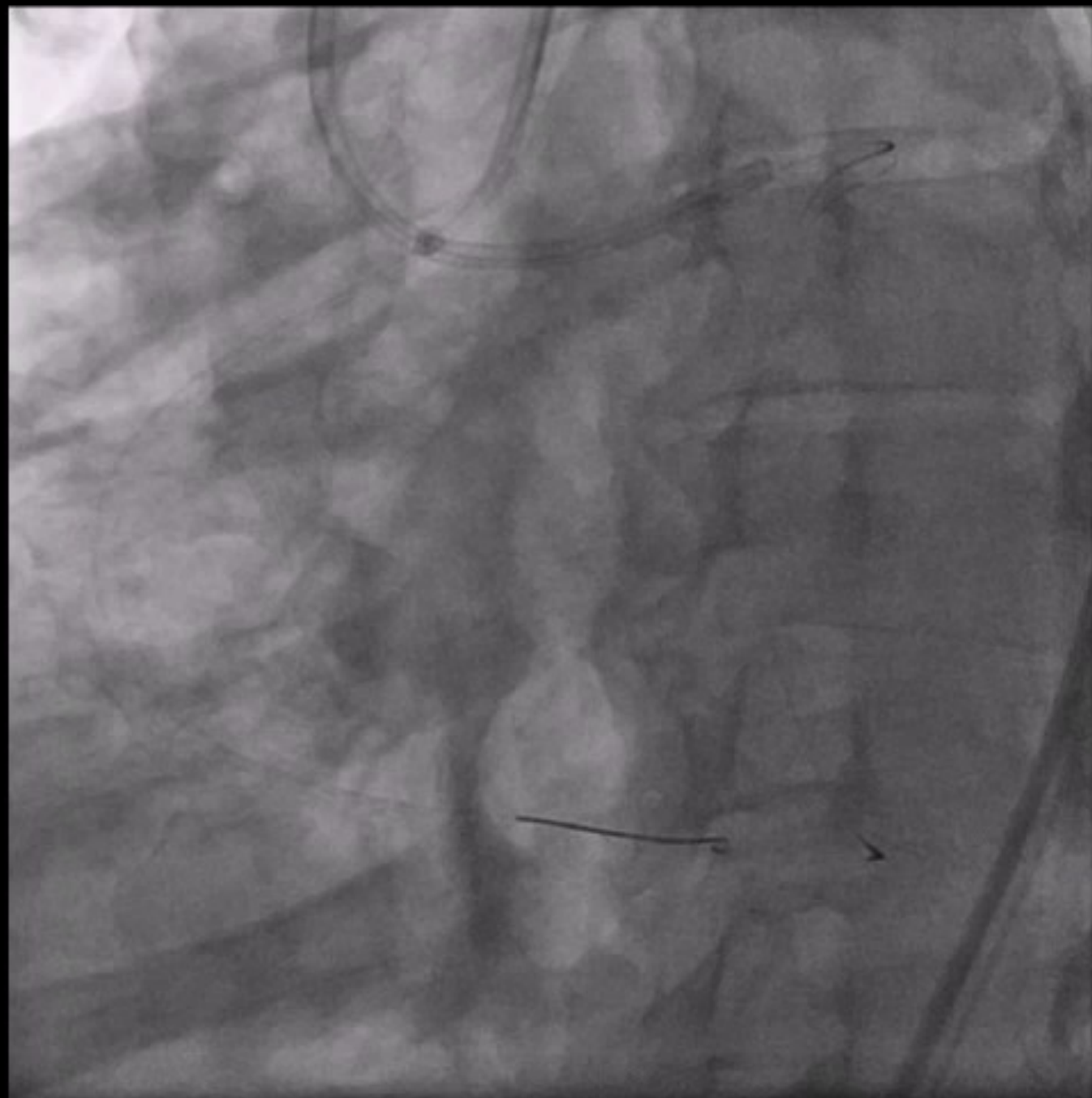


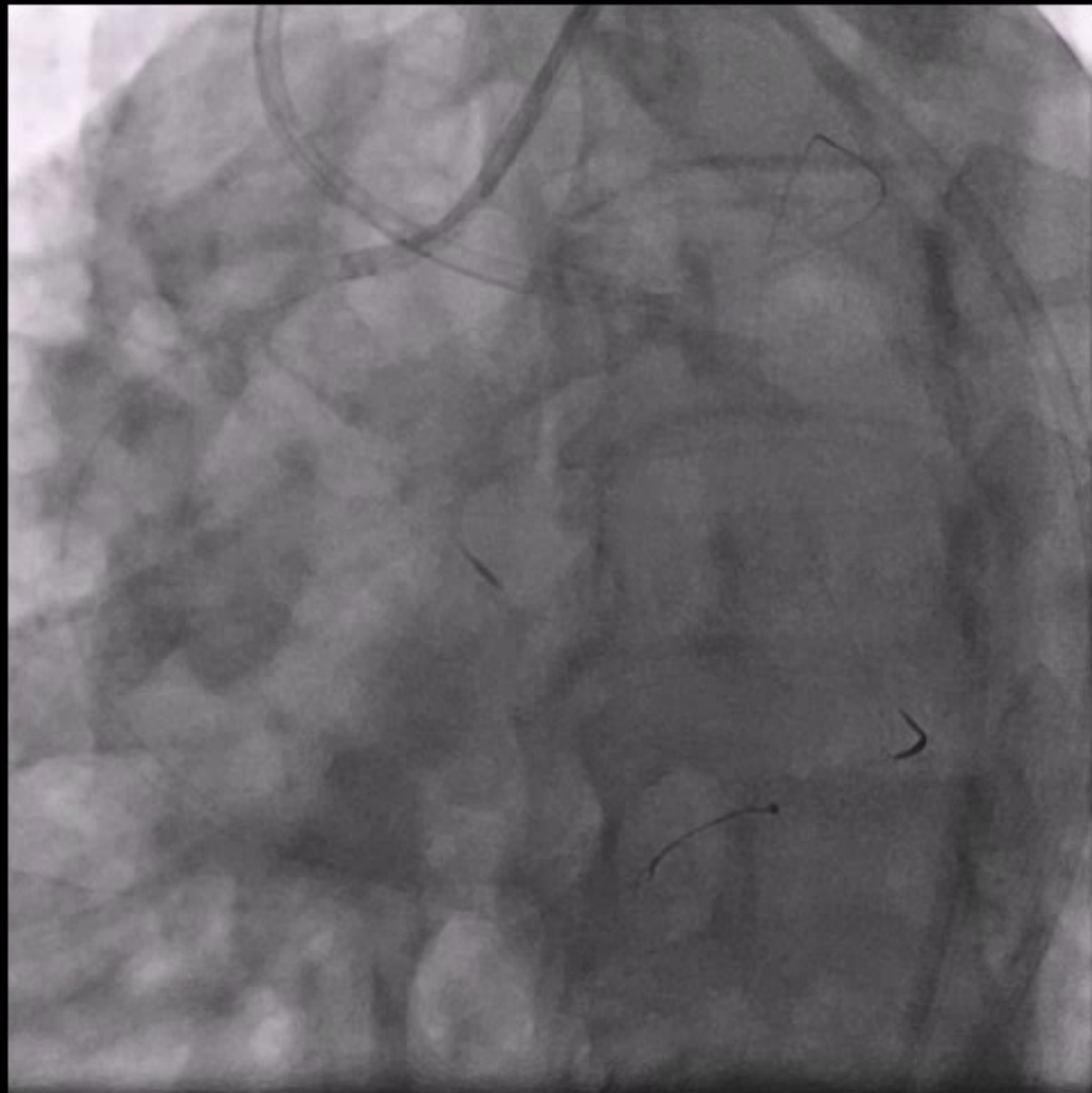


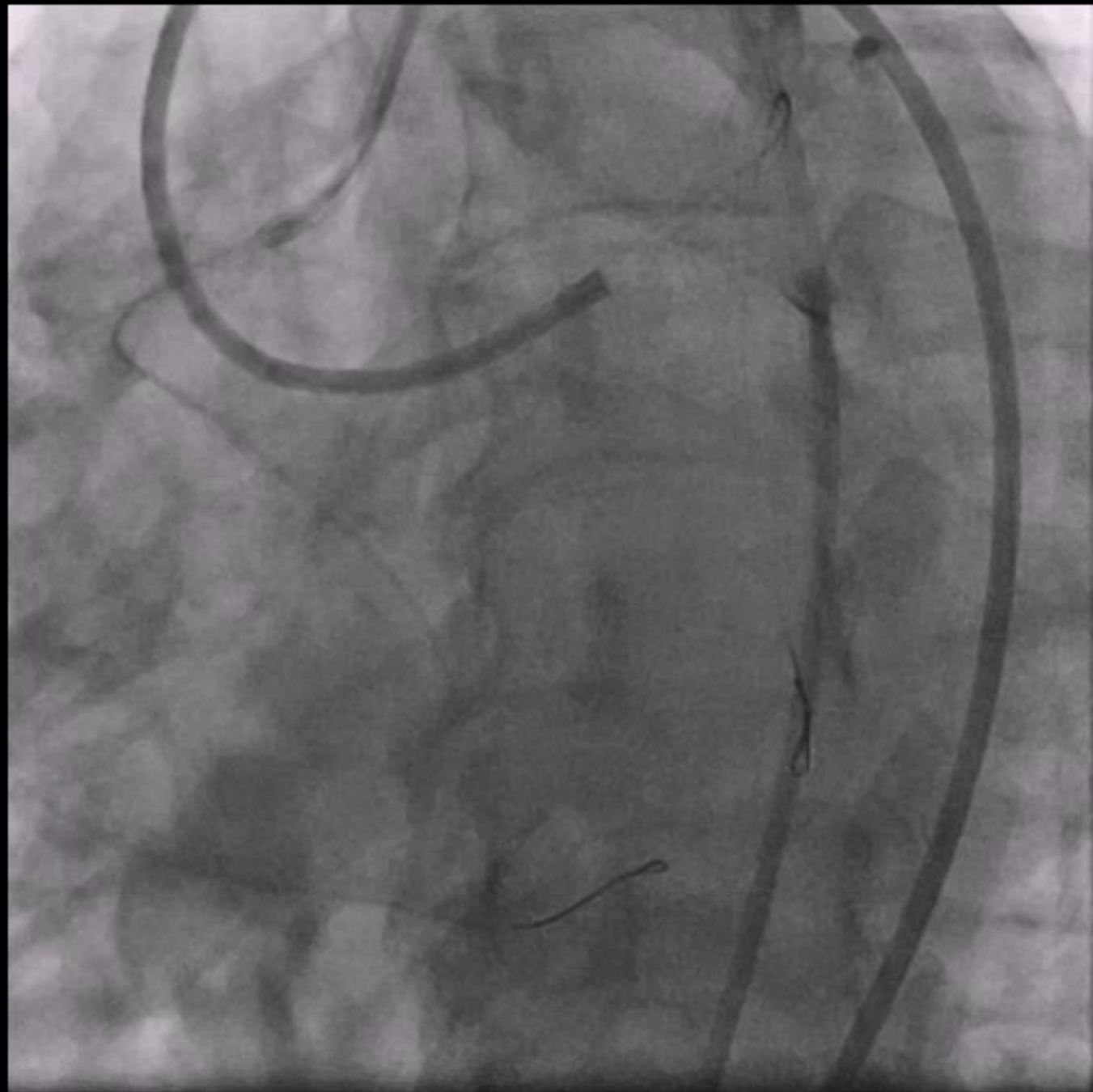
Deuxième acte: Echec de la stratégie microcathéter simple lumière

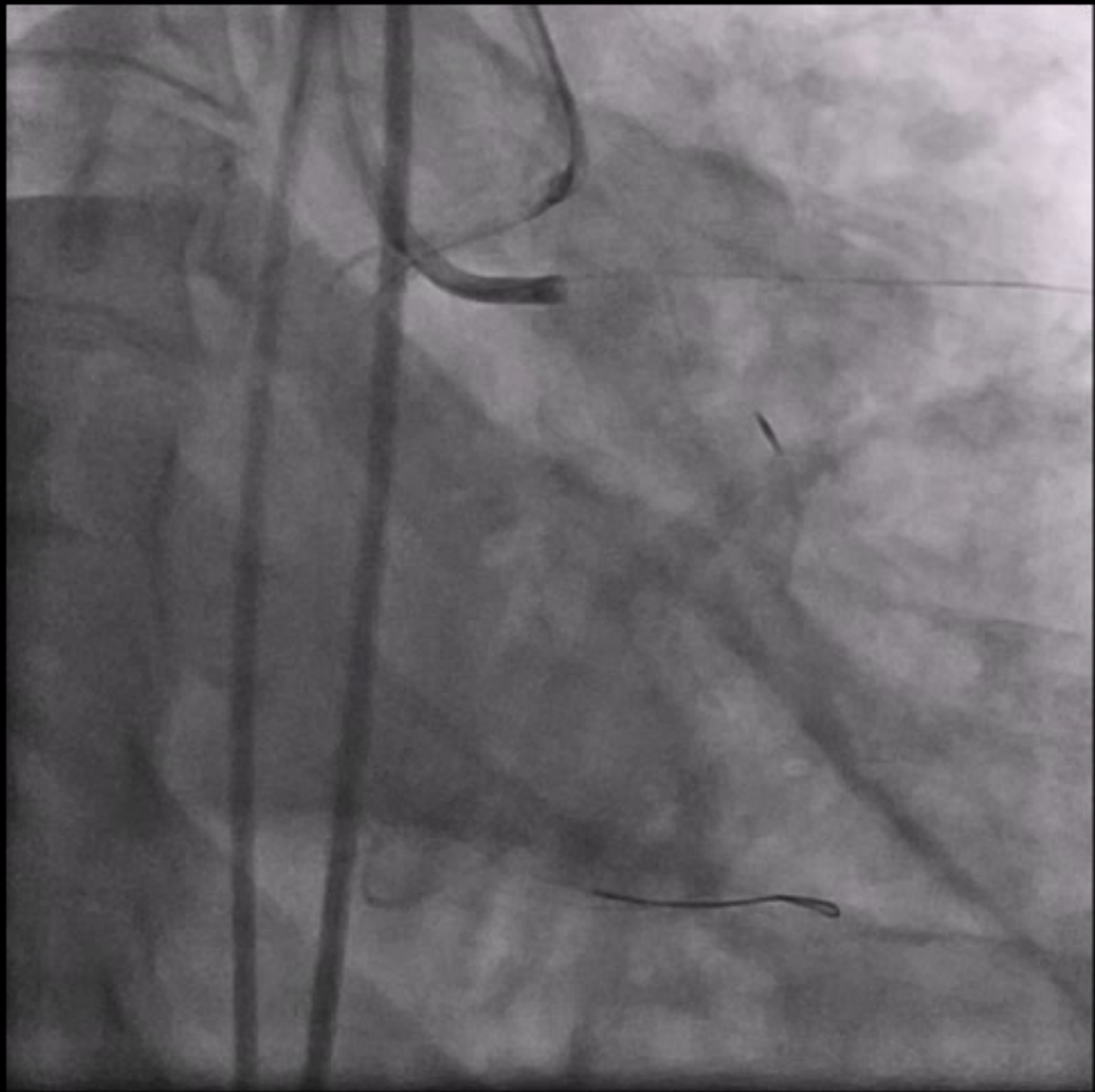
- Option 1: Cathéter double lumière (Enhancer °, Sasuke°) et si échec...
- Option 2: Rétrograde en passant forcément par une épicardique: Landmark ou réinternalisation
 - Couple Suoh 03°/Caravel°. Corsair pro XS 150° possible, moins flexible mais plus de support
 - Risque plus important car collatéralité para péricardique et très tortueuse
 - Marginale du bord droit. Tip injection après reflux pour l'allumer et montrer le chemin

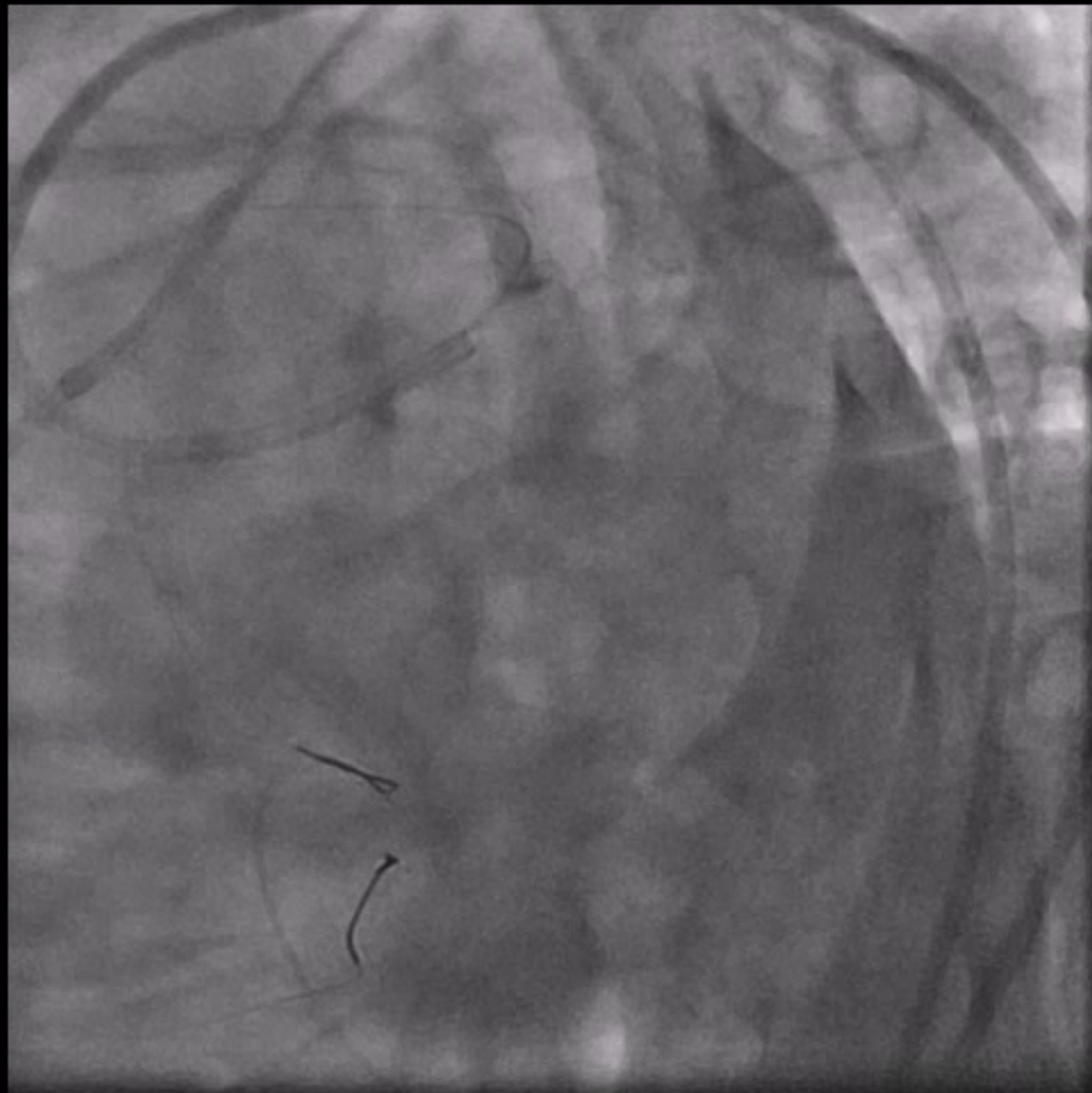










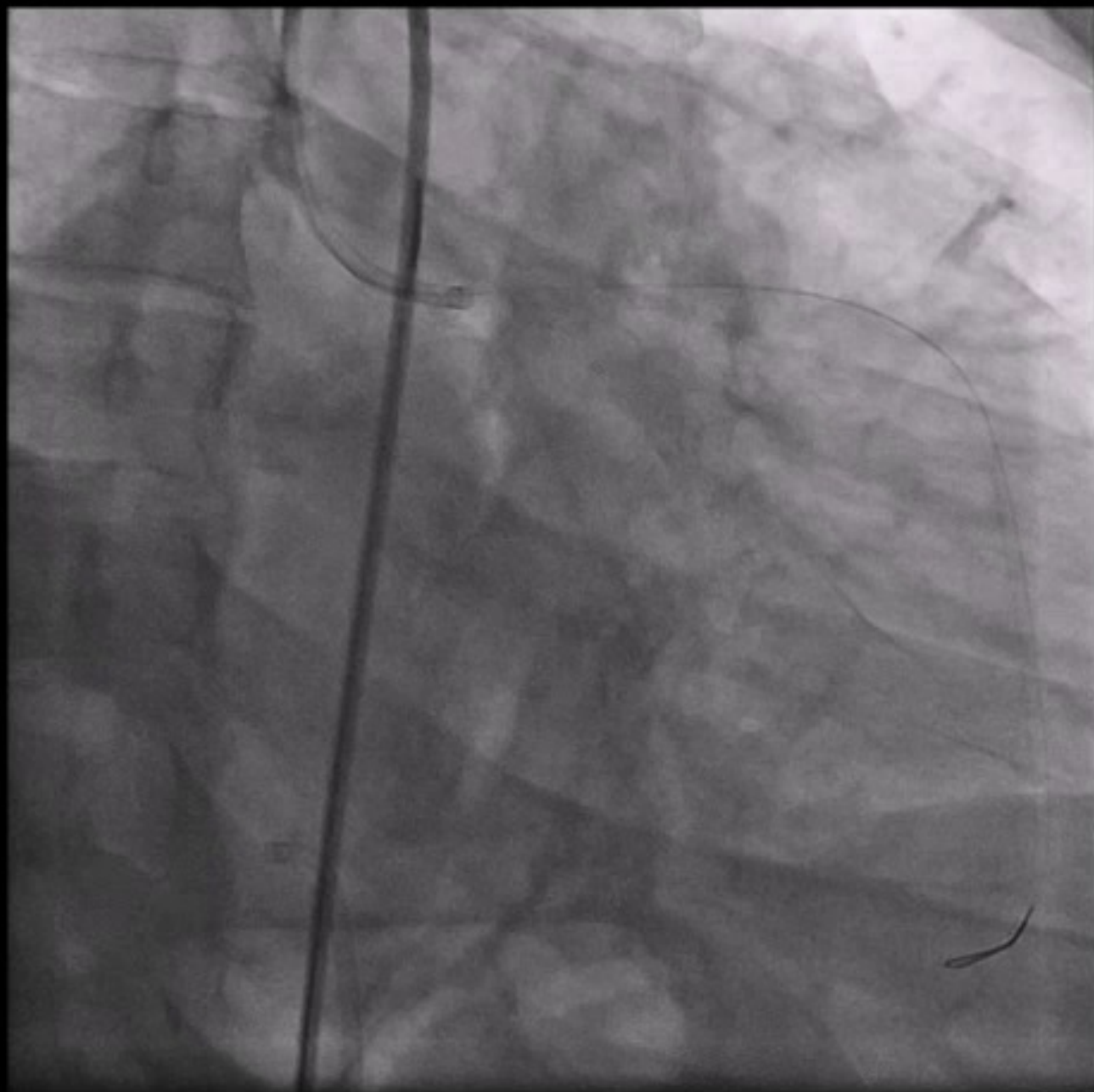


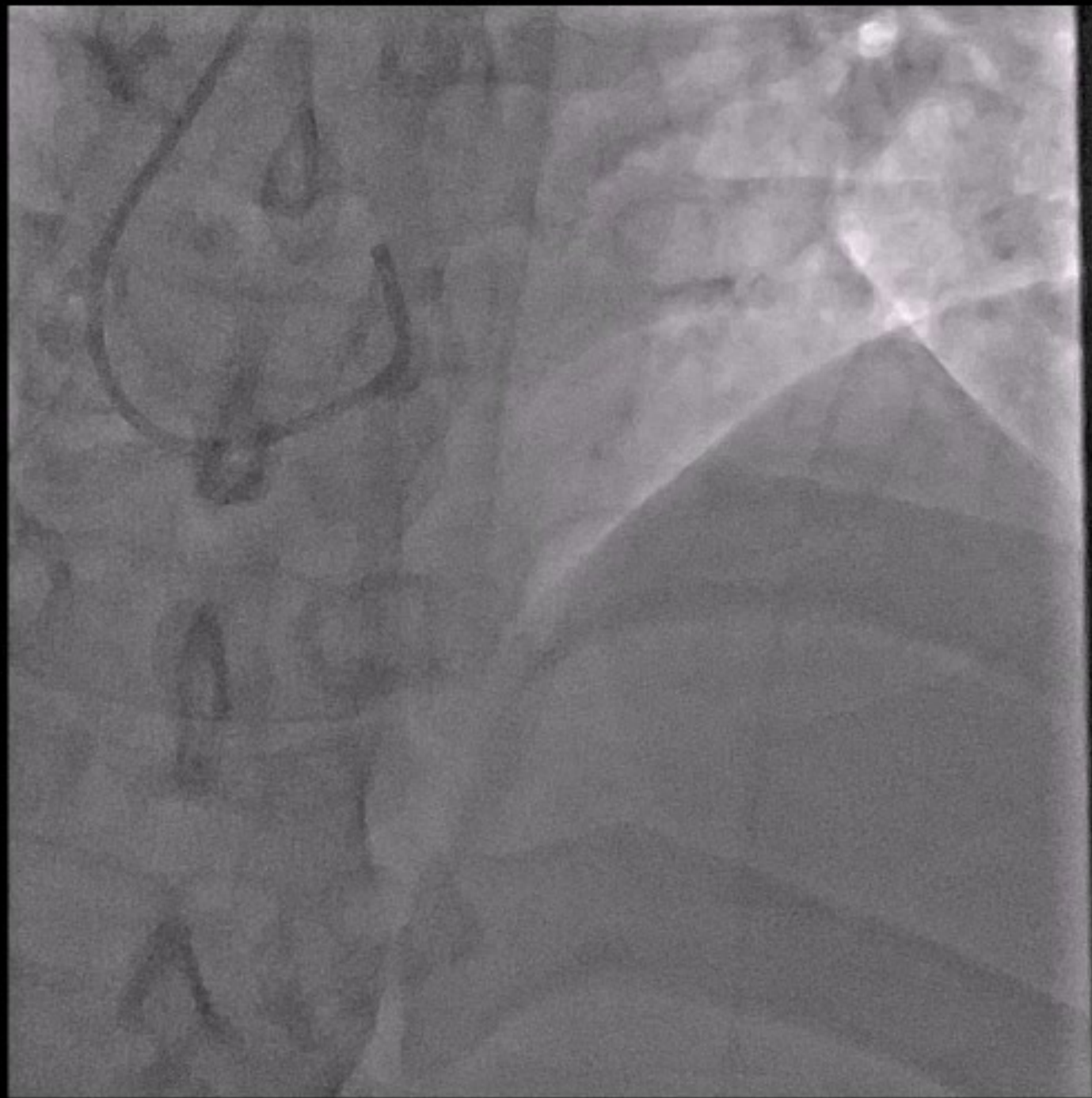
Troisième acte: Echec et « Carlino » du tronc commun

- Patient asymptomatique
- Que faire ?
 - Stent tronc commun ? On condamnerait l'accès Cx...
 - PAC ? Mais FFR TC IVA présumée négative....
 - Attendre et voir ? La peur n'évite pas le danger...
 - Imagerie endo coronaire ? Vous voulez vraiment déchirer plus ?
 - Rééssayer en antérograde après fragilisation de la lésion résistante par le Carlino ?

Quatrième acte: Bar buse

- Echec de la nouvelle tentative antérograde en profitant du Carlino
- Angor d'effort persistant à un mois
- On décide de contrôler....







FFR tronc commun négative (IV)

Que faire ?

- PAC MIG/IVA + MIG/marginale
- Traitement médical renforcé
- Nouvelle tentative : 7F, Turnpike LP° ou Corsair XS 150° plus que Caravelle°, Extension de cathéguide pour réinternalisation

Take home message

- Intérêt des guides adjuvants de support ou de protection
++++
- Toute circonflexe proximale abordée, à fortiori complexe, doit être « couverte » par un guide souple positionné dans l'IVA