

Crush'Patte au CathLab



BREUIL Morgan – CHU Saint Etienne

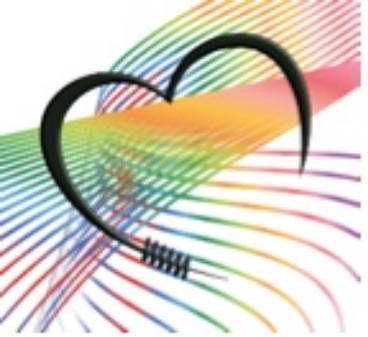
APPAC – 8 juin 2023





Conflit d'intérêt

Je n'ai pas de conflit d'intérêt pour cette présentation



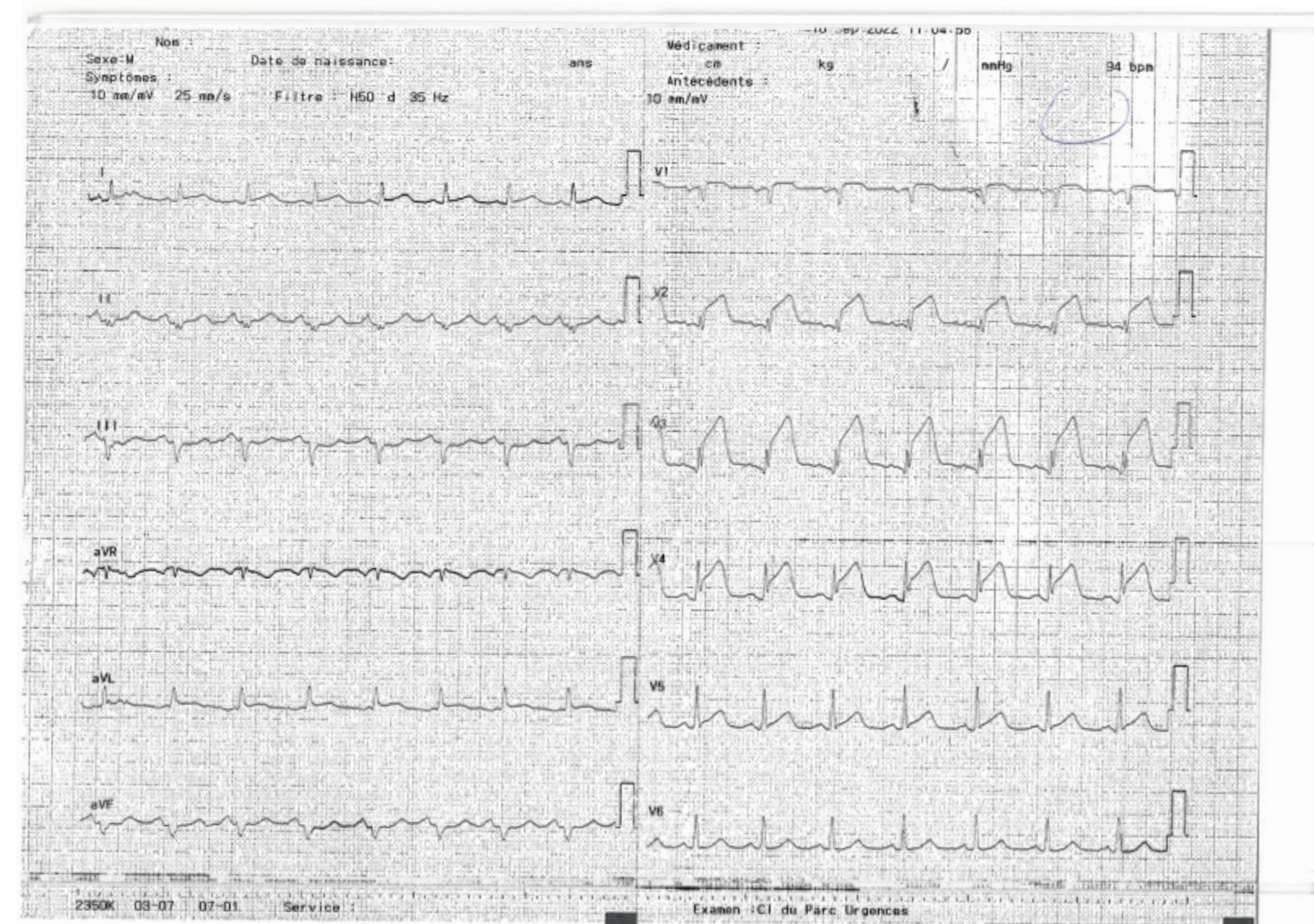
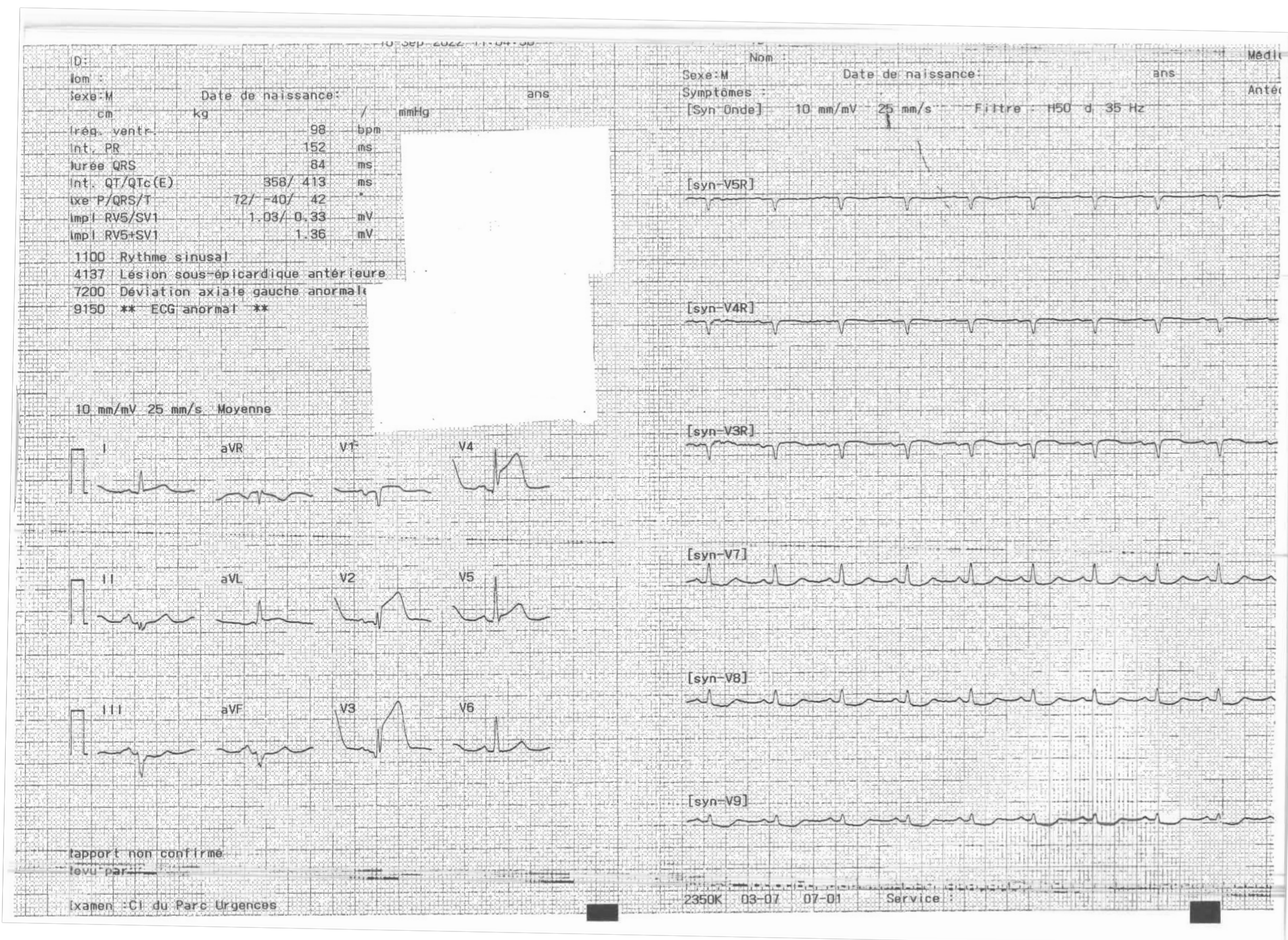
Monsieur A. 63ans

Arrivé au urgence d'un hôpital périphérique pour ST+ antéro-septale à 10h30
Première douleur depuis la veille mais récidive ce jour à 7h30

Absence d'antécédent
facteurs de risques CV : Tabac 23 paquets/années
Antécédents familiaux

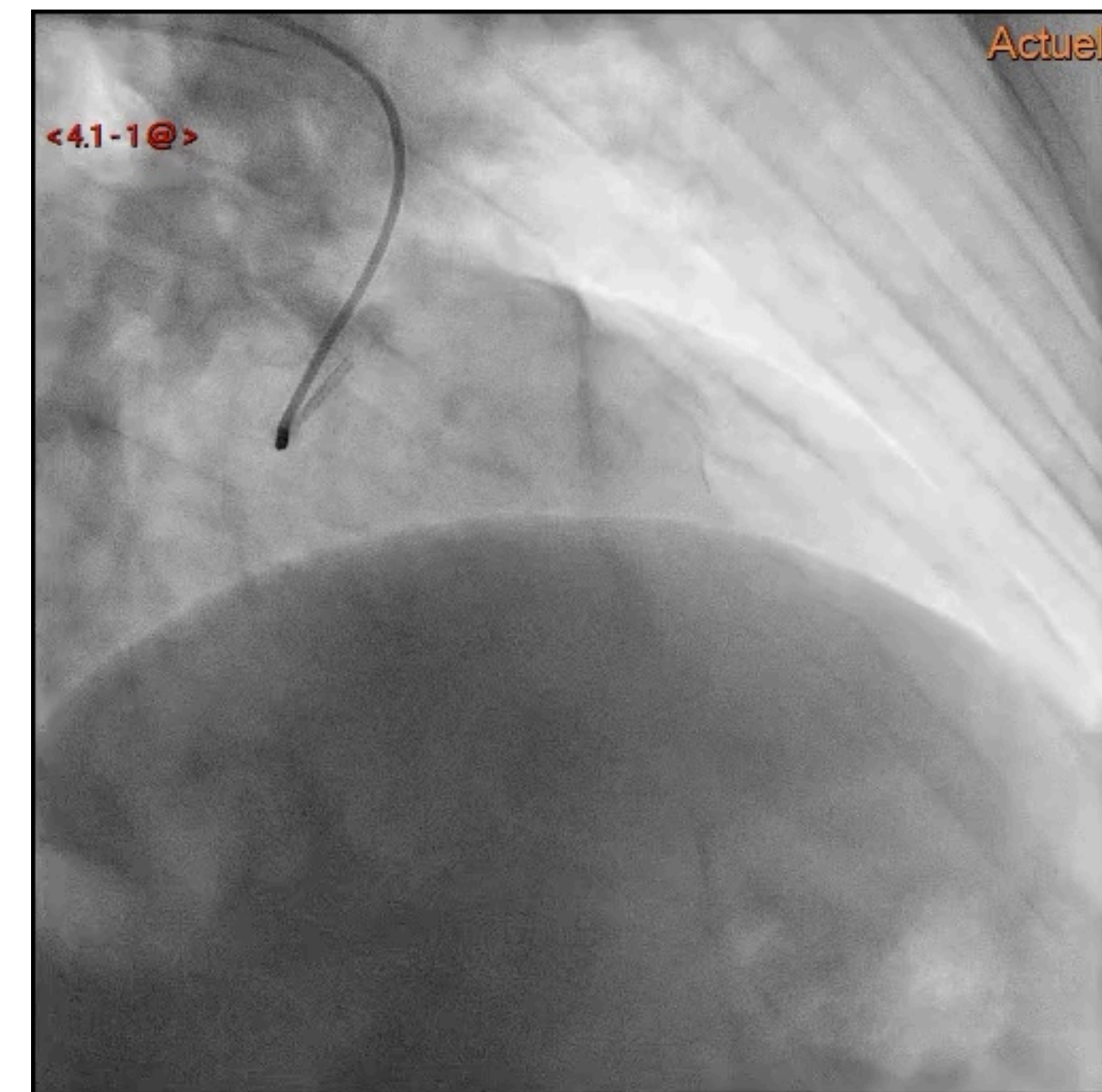
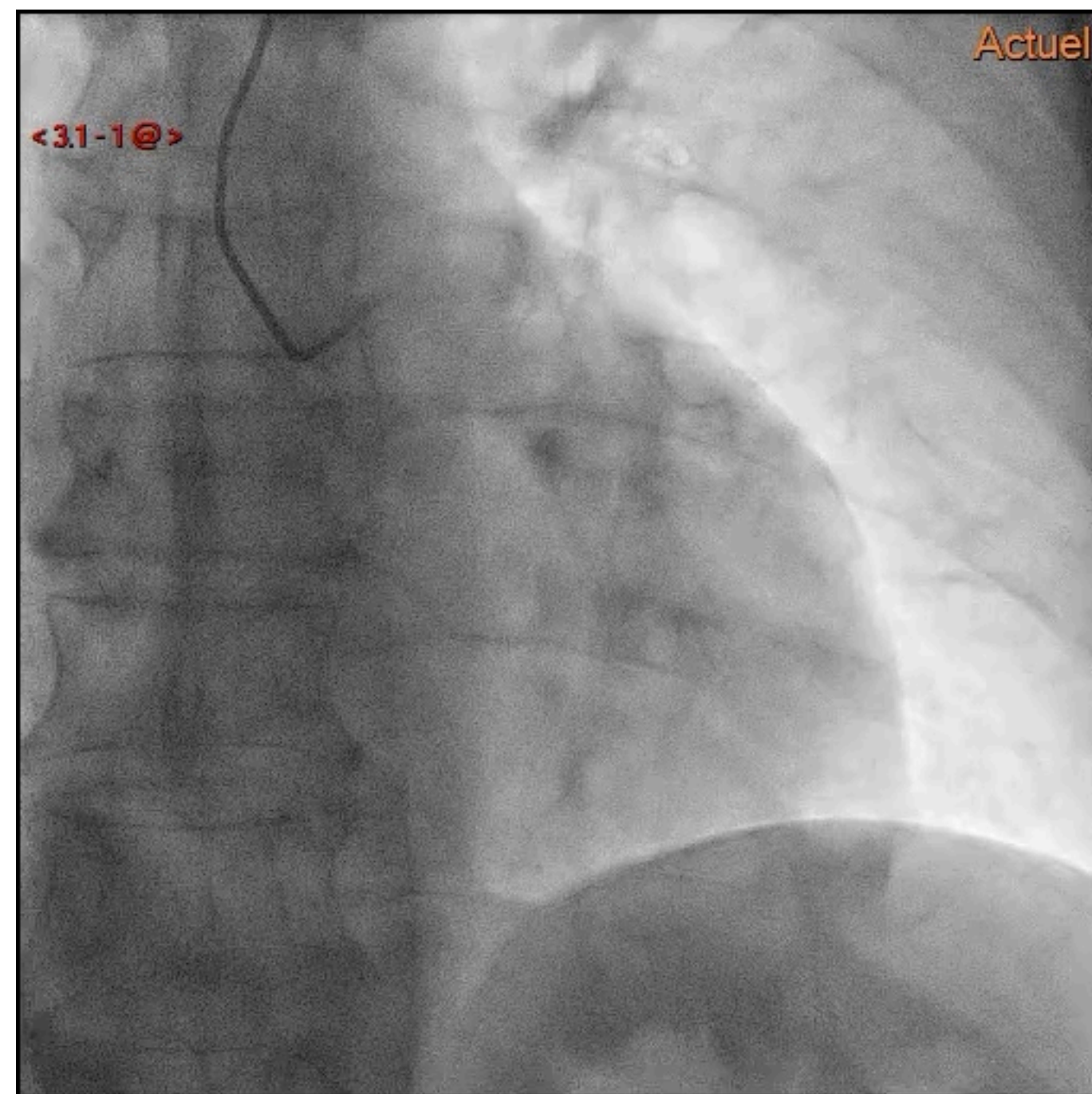
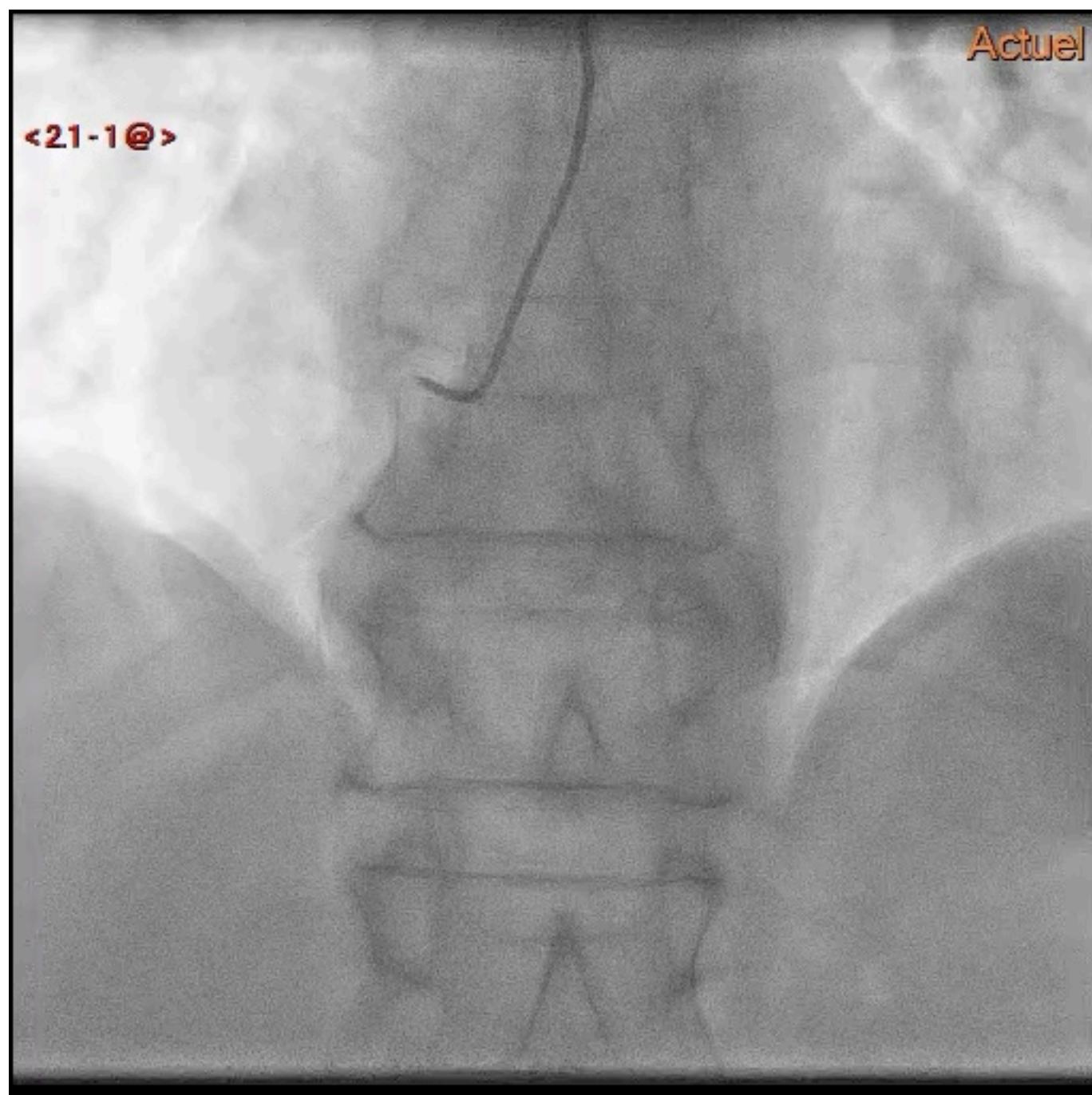


Réalisation Traitement du SCA
Transfert SAMU pour la salle de coronarographie à 11h10





Début coronarographie à 11h50
voie radiale droite 6F



Athérome diffus avec occlusion aiguë de l'IVA distale, sténose du TCCG, de l'IVA proximale, de la CX ostiale.

Tentative de désobstruction immédiate



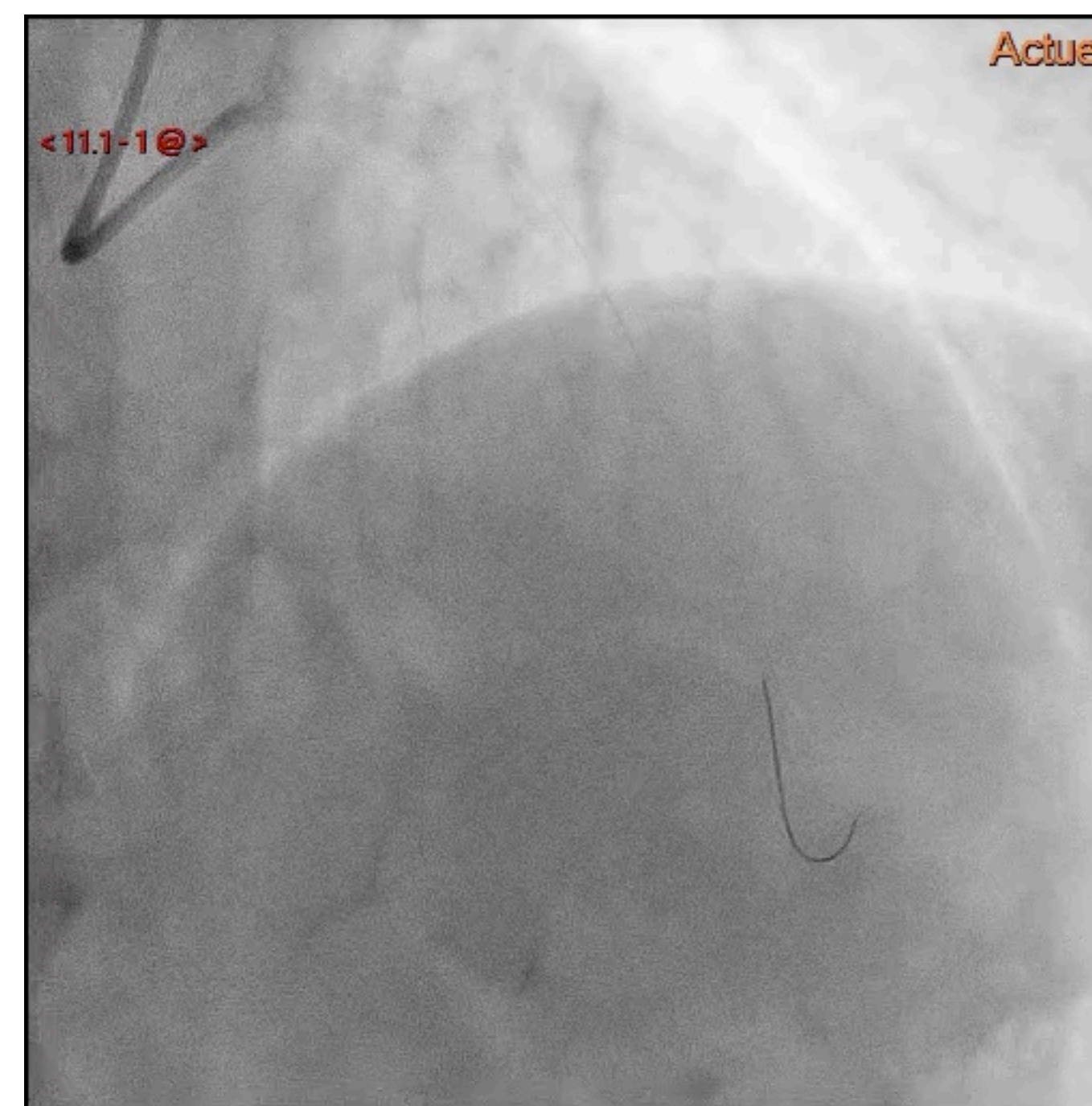
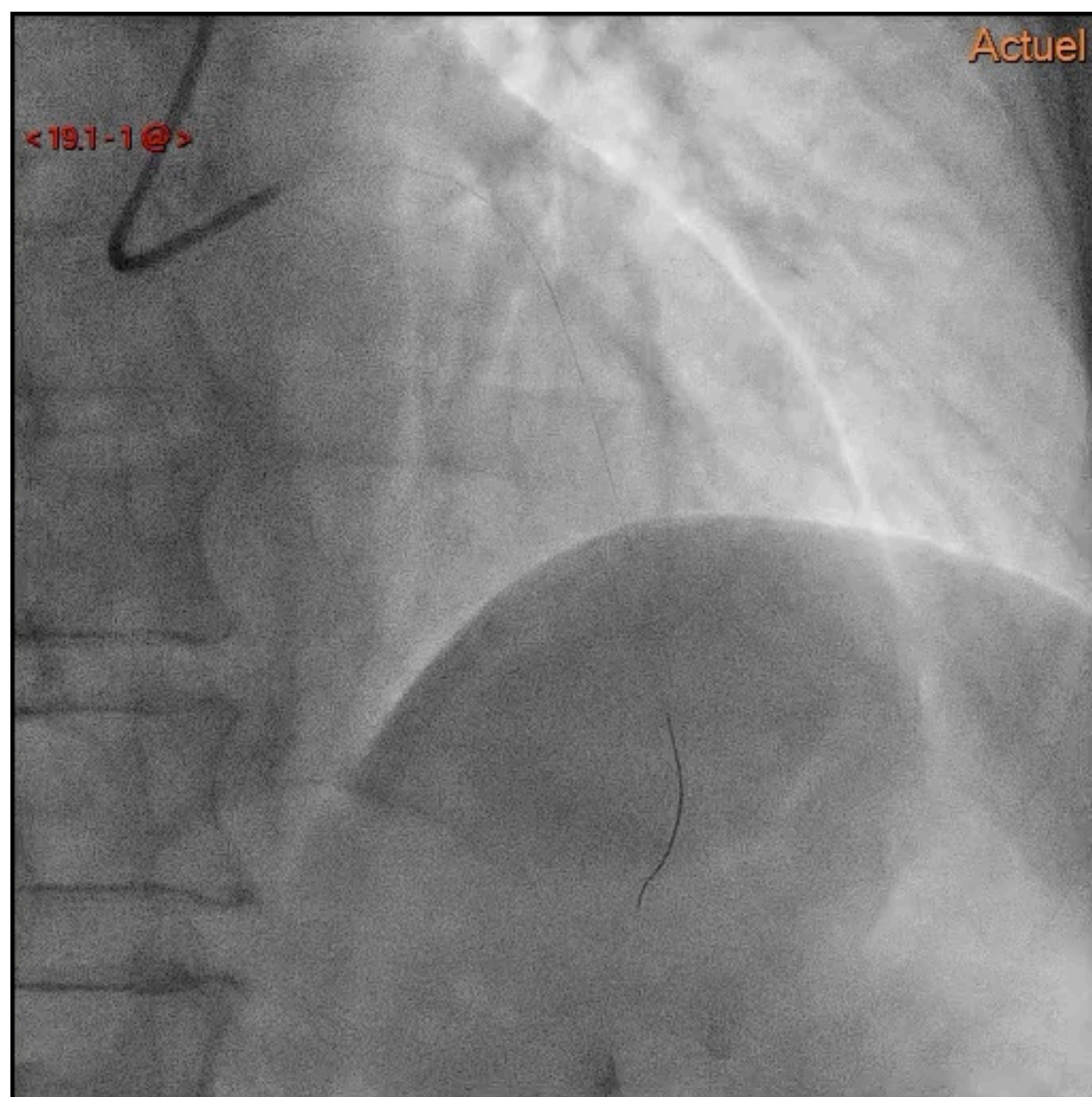
Réalisation Angioplastie

EBU 3.5 6F.

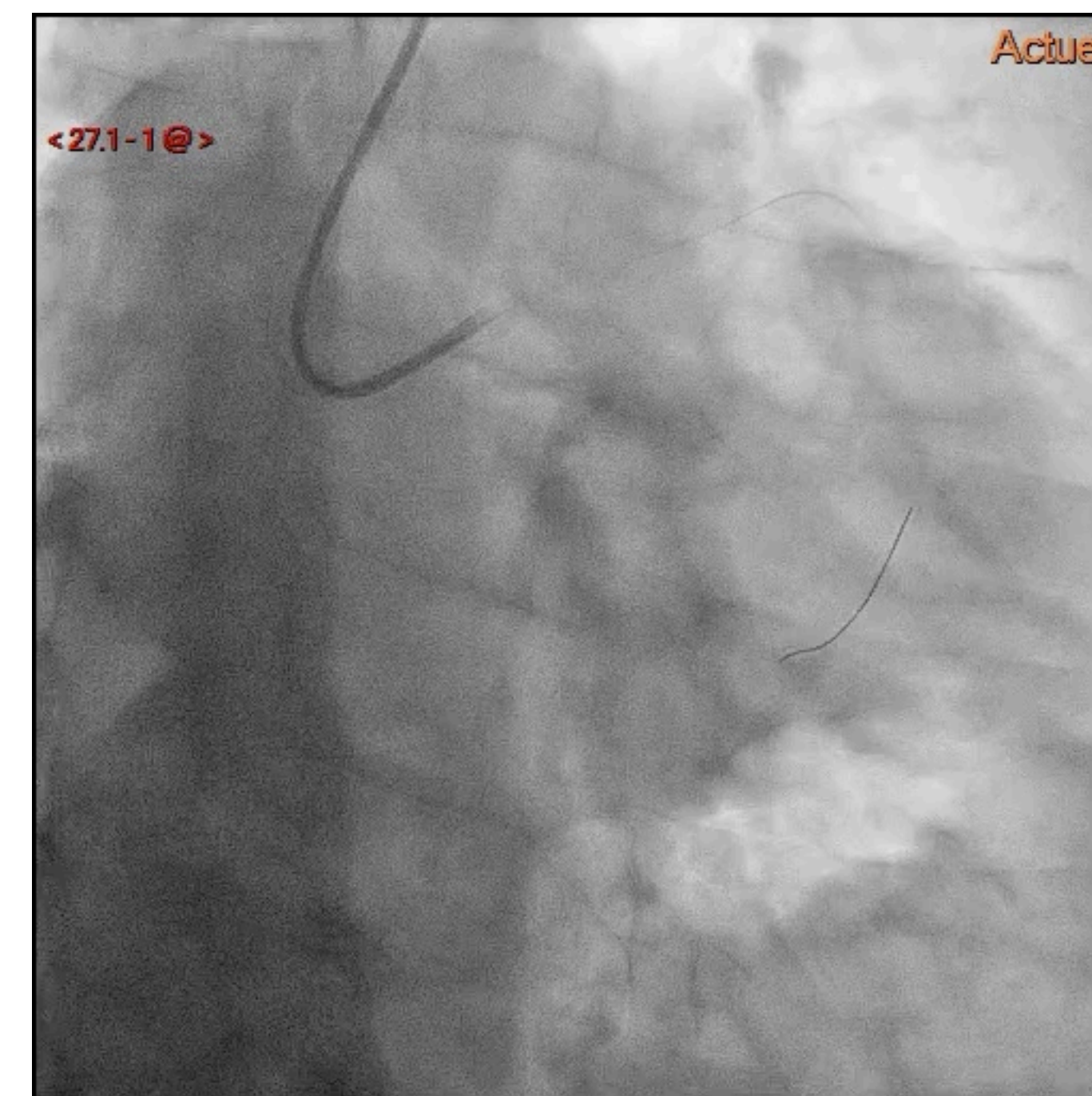
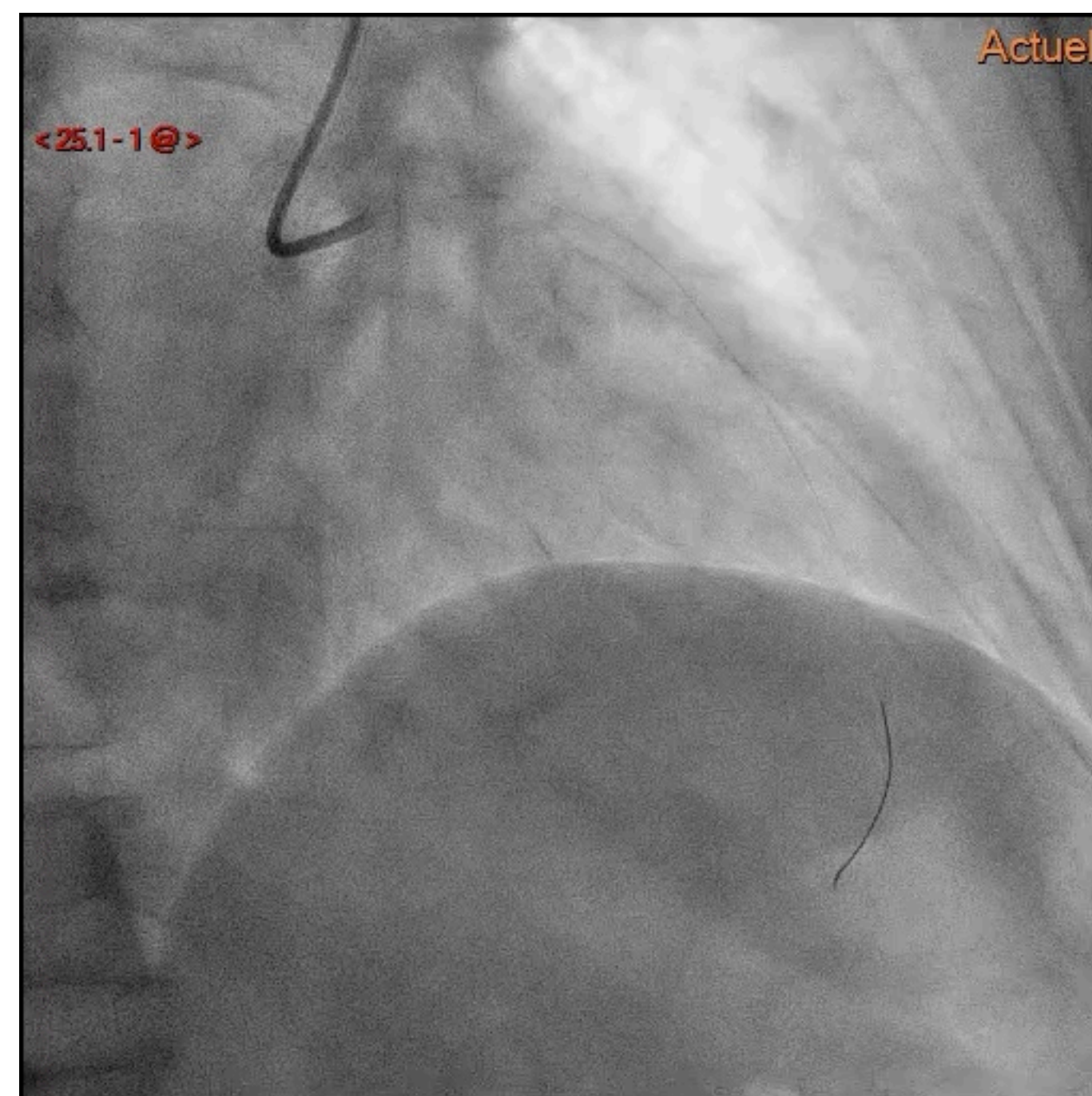
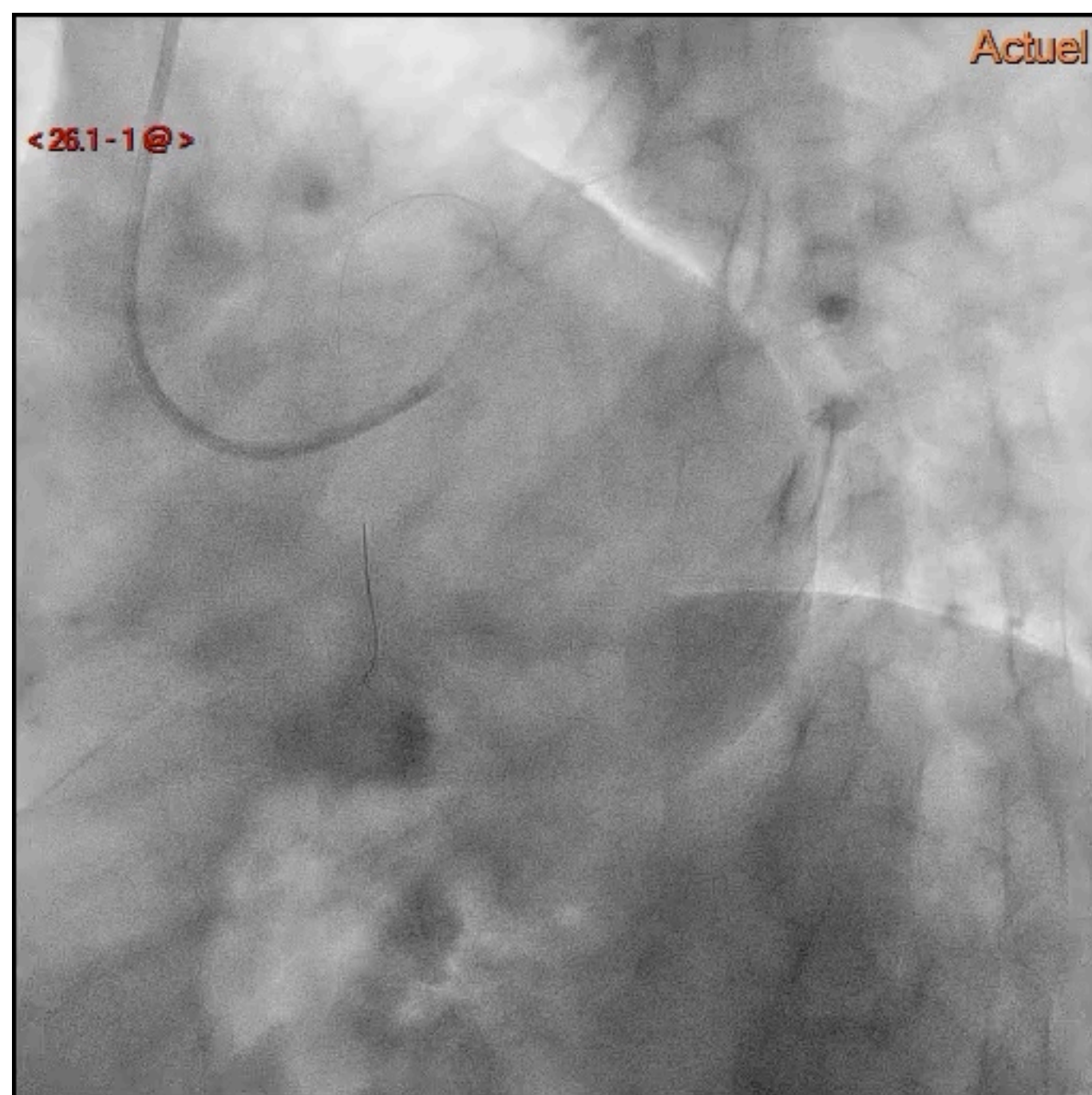
Passage d'un guide EXTRASPORT

Dilatation avec un ballon 1.5 20mm puis avec un ballon 2.0 20mm

Le flux TIMI 3 ne se maintenant pas, nouvelle dilatation avec un ballon 2.25 15mm, discret altération du flux



Dilatation avec un ballon NC 2.5 20mm inflaté pendant 40sec
Flux TIMI 3 se maintenant à 10min.



Désobstruction réussie de l'IVA distale au ballon.

Indication de revascularisation myocardique chirurgicale rapide



Monsieur A. refuse de se faire opérer



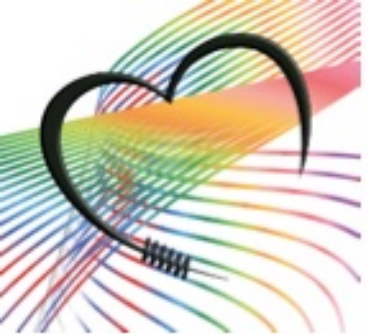
ETT: FEVG 40%, akinésie apicale étendue et antéro médiane, IM grade III

Discussion en STAFF : Réalisation d'une scintigraphie de viabilité. (si absence de viabilité ACT si viabilité PAC)



Scintigraphie : Absence de viabilité des segments apical et antéro-apical.
Bonne fixation par ailleurs.

Decision d'angioplastie



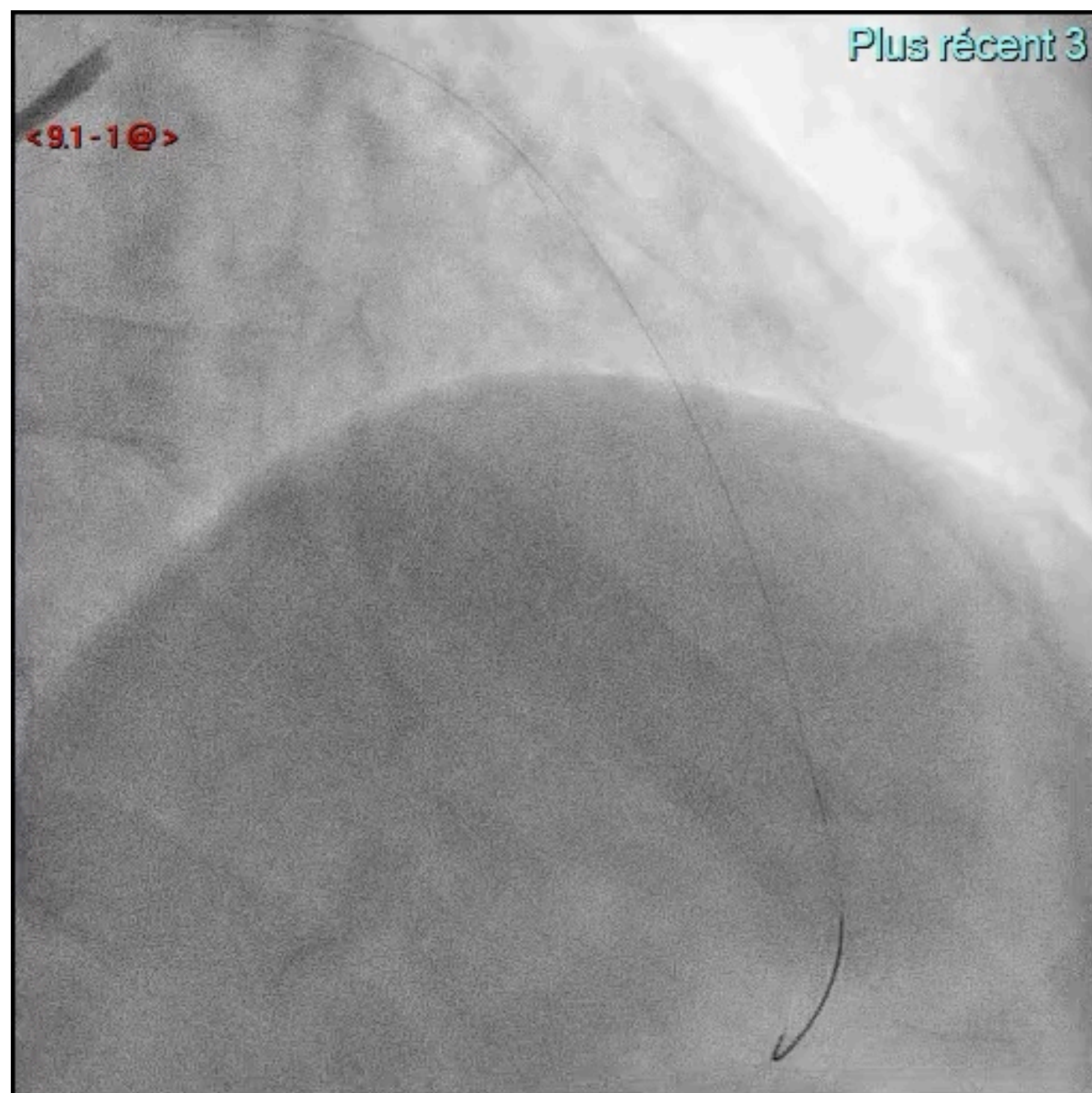
Angioplastie

Voie fémorale 7F

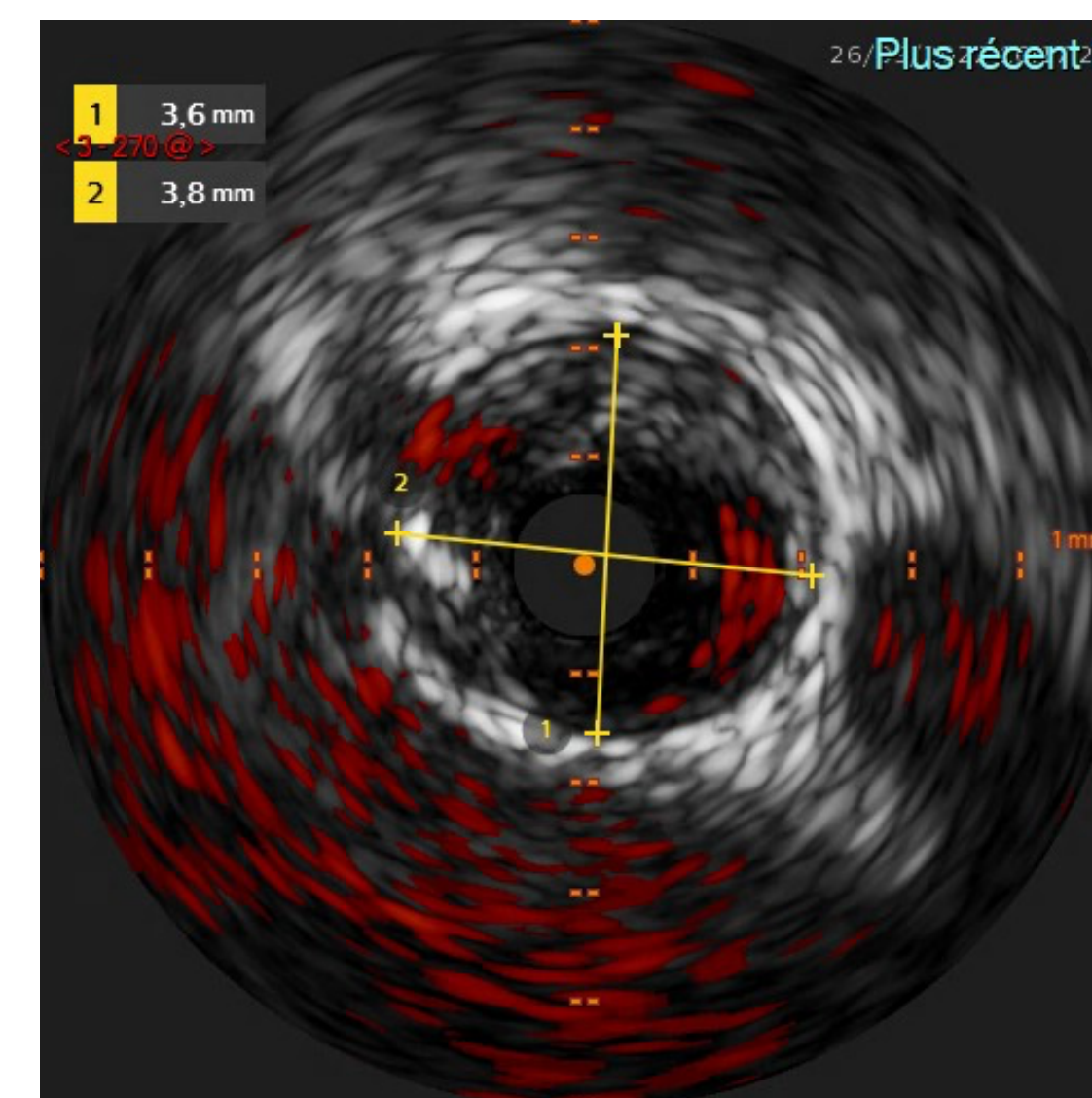
EBU 3.75 7F

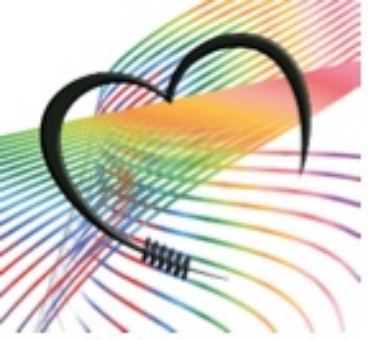
3 guides BM dans la Cx, la marginale et l'IVA.

Stenting direct de l'IVA distale avec un stent actif de 3.0 15mm.

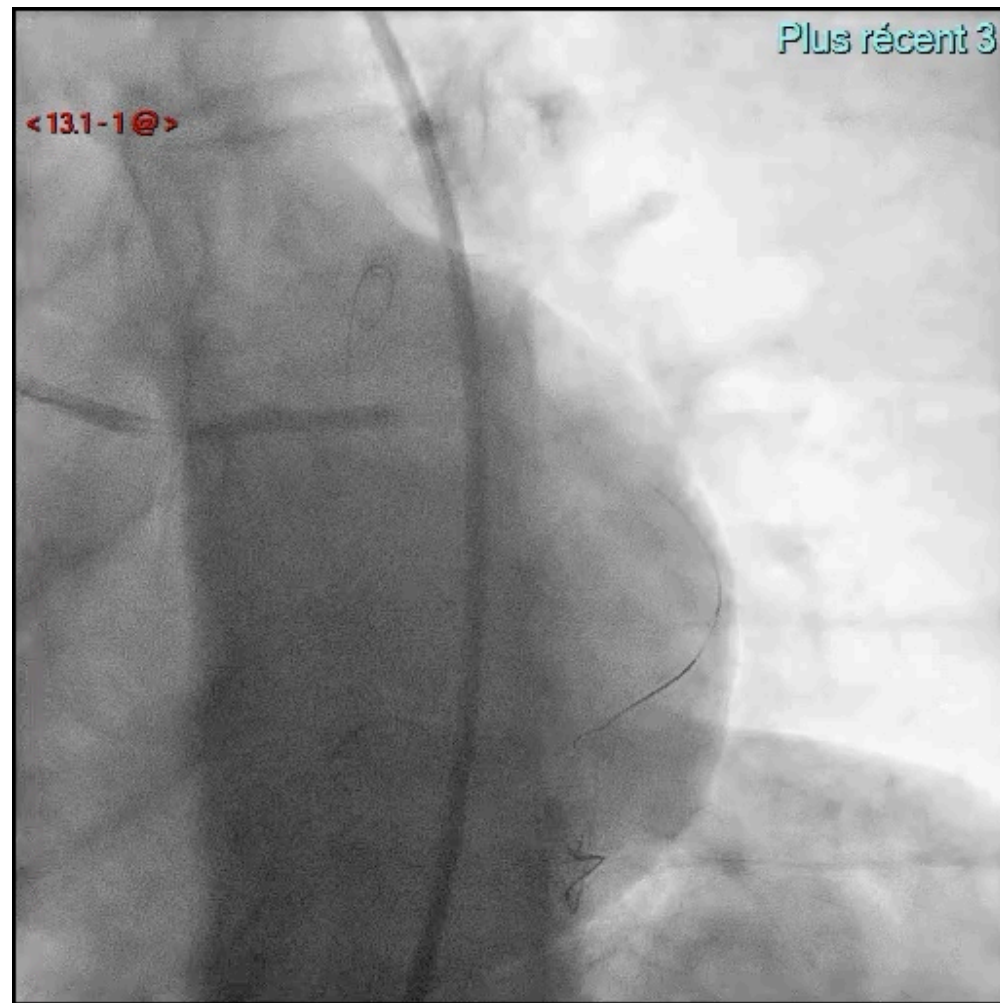


Sizing TCCG, marginale et Cx en IVUS

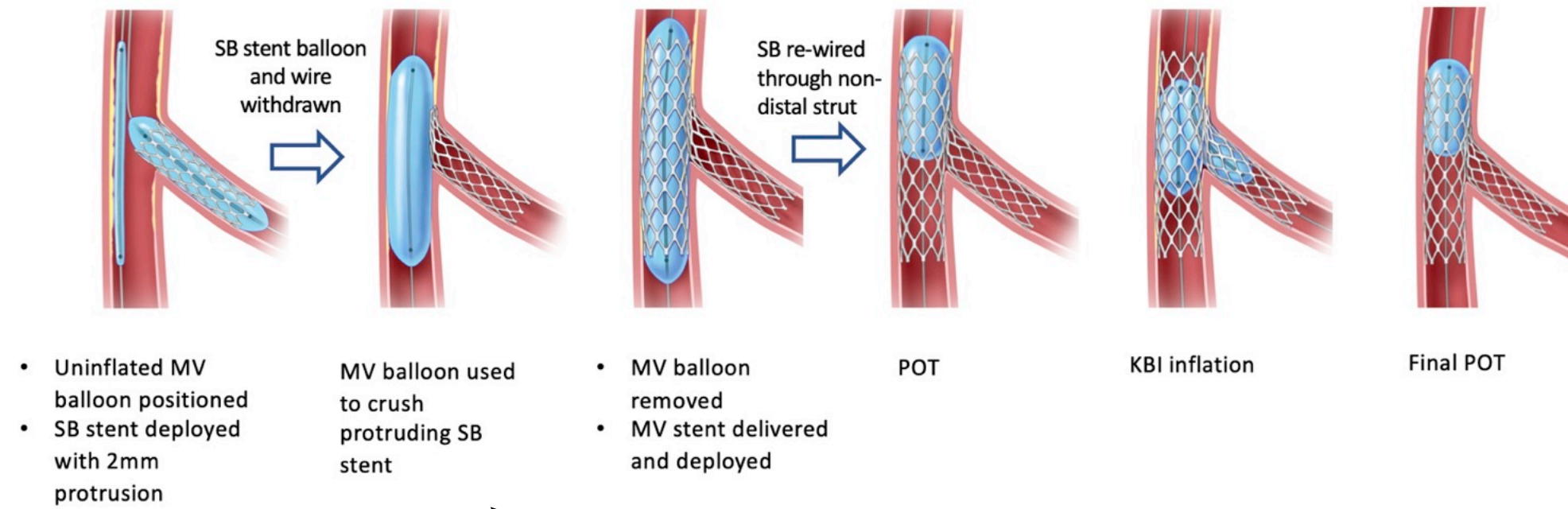




Prédilatation marginale avec un ballon NC de 2.75 20mm

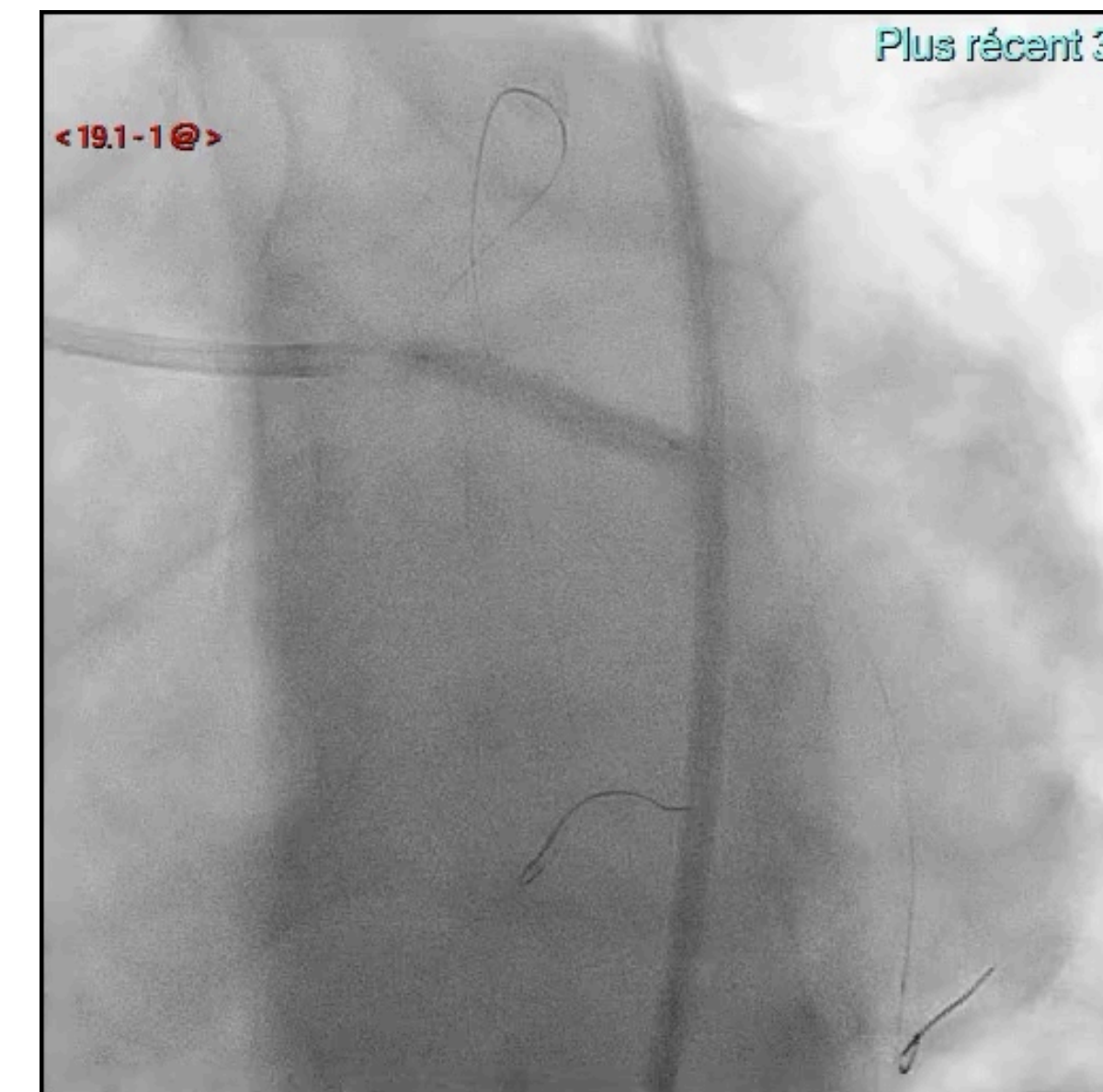
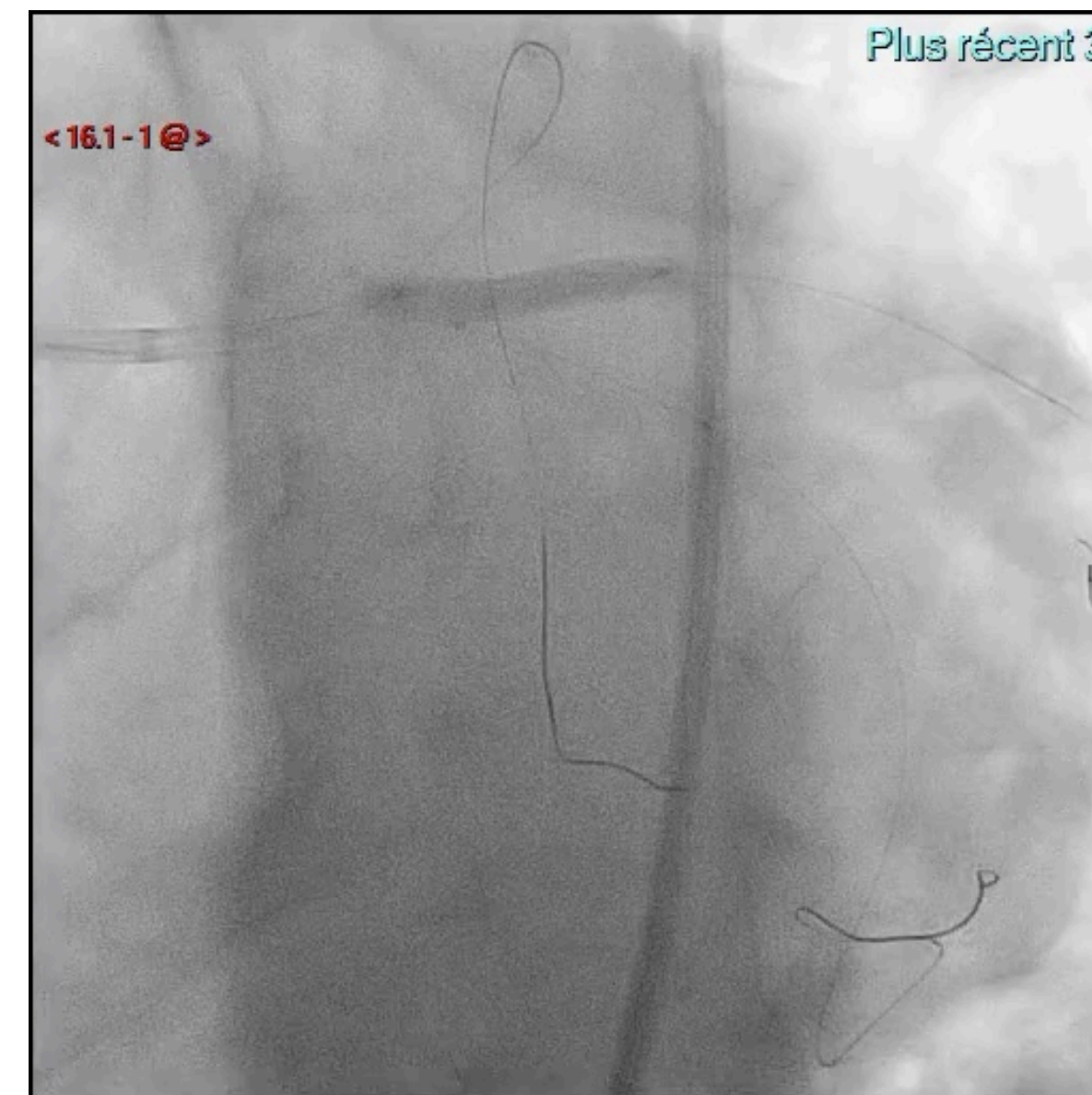
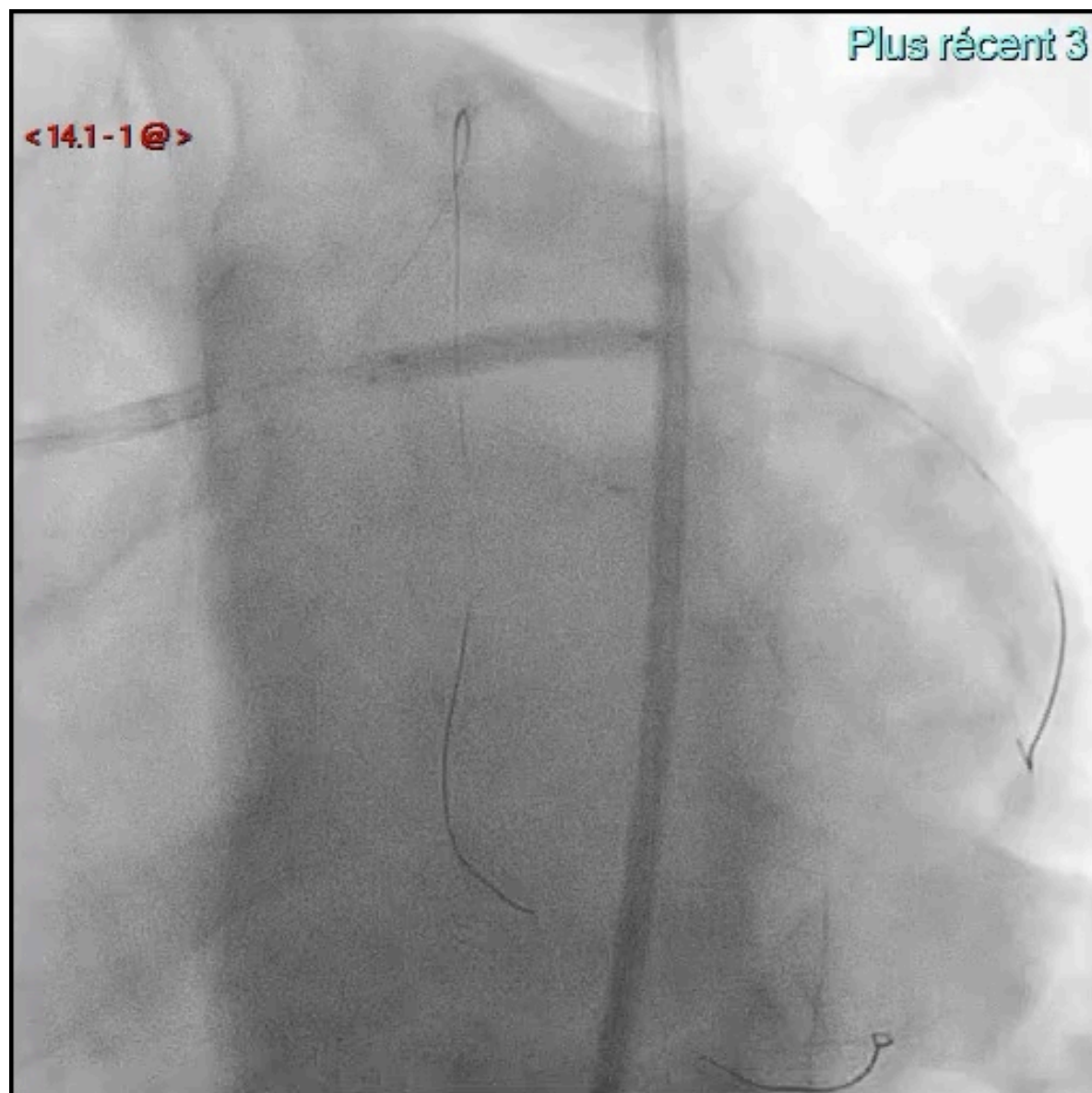


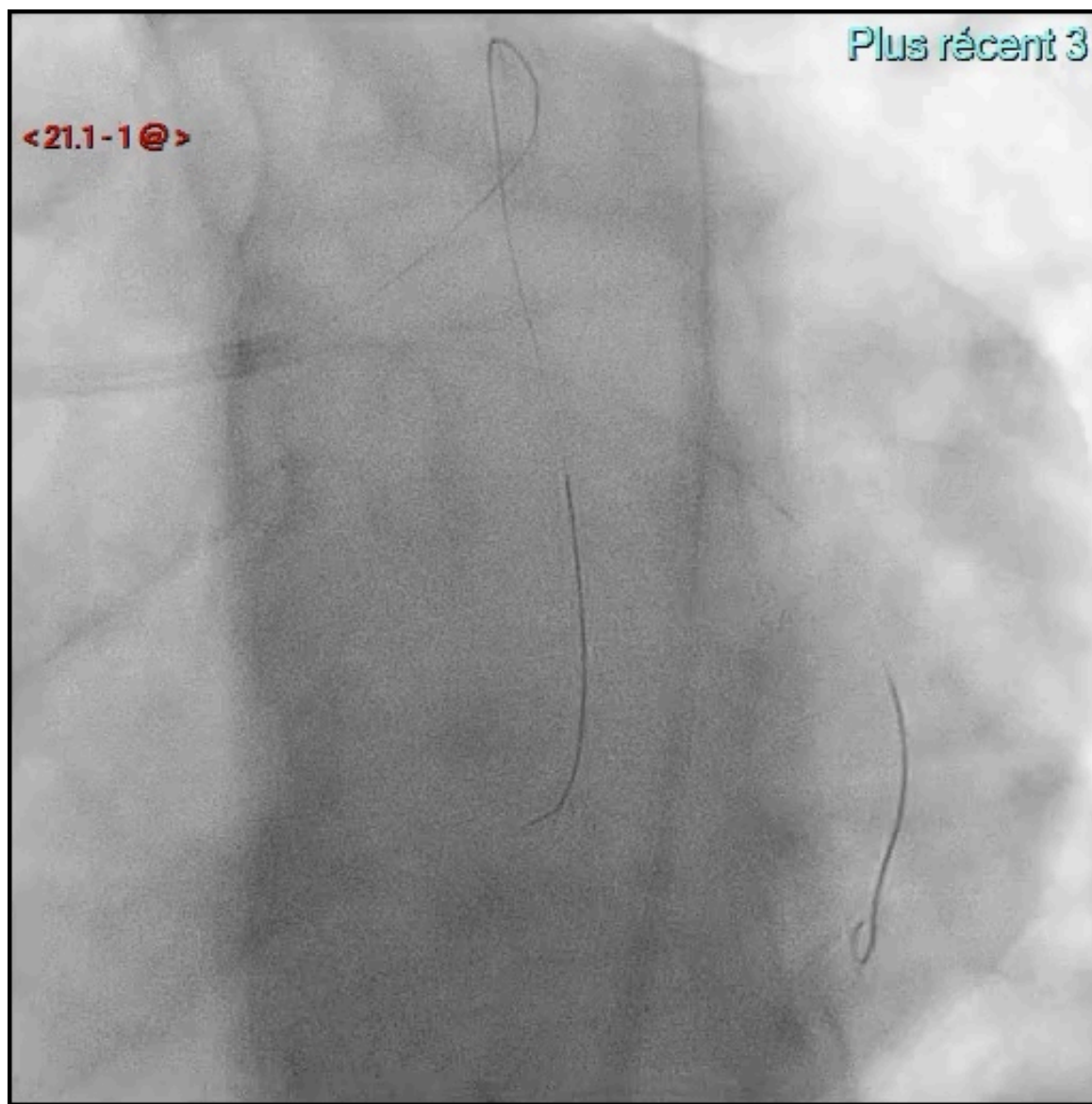
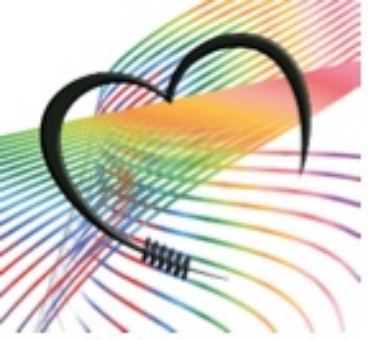
Mini-crush via 6F



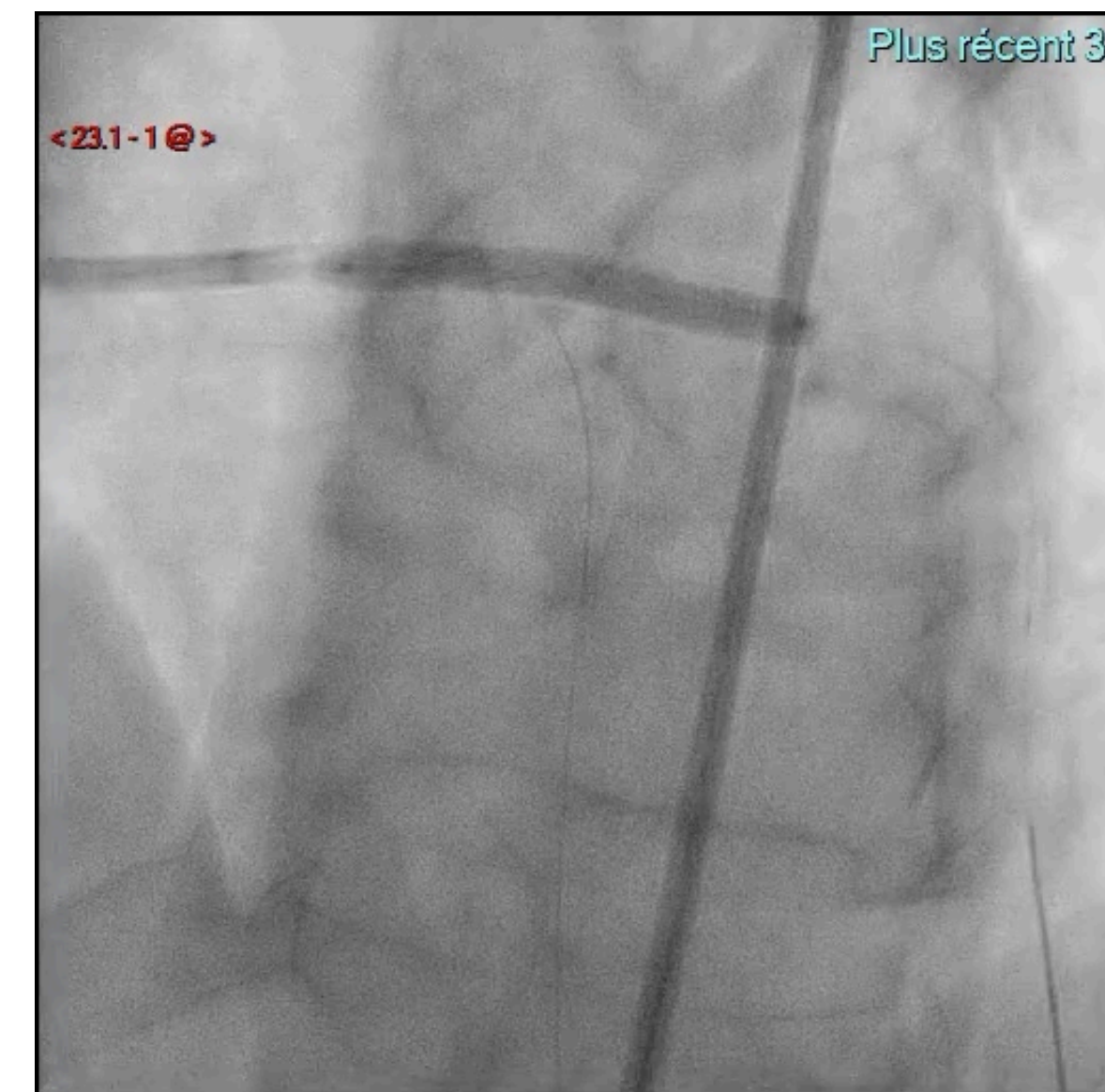
crushé dans l'axe Cx avec un ballon NC de 3.5 20mm

Stenting de la marginale avec un stent actif de 2.75 18mm

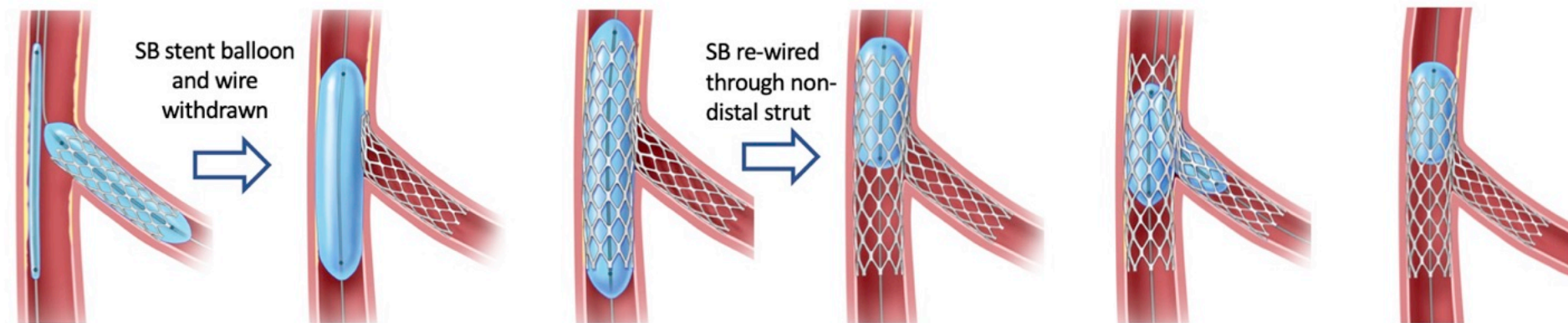




Stenting de l'axe TCCG-Cx avec un stent actif de 3.5 30mm



Mini-crush via 6F



- Uninflated MV balloon positioned
- SB stent deployed with 2mm protrusion

MV balloon used to crush protruding SB stent

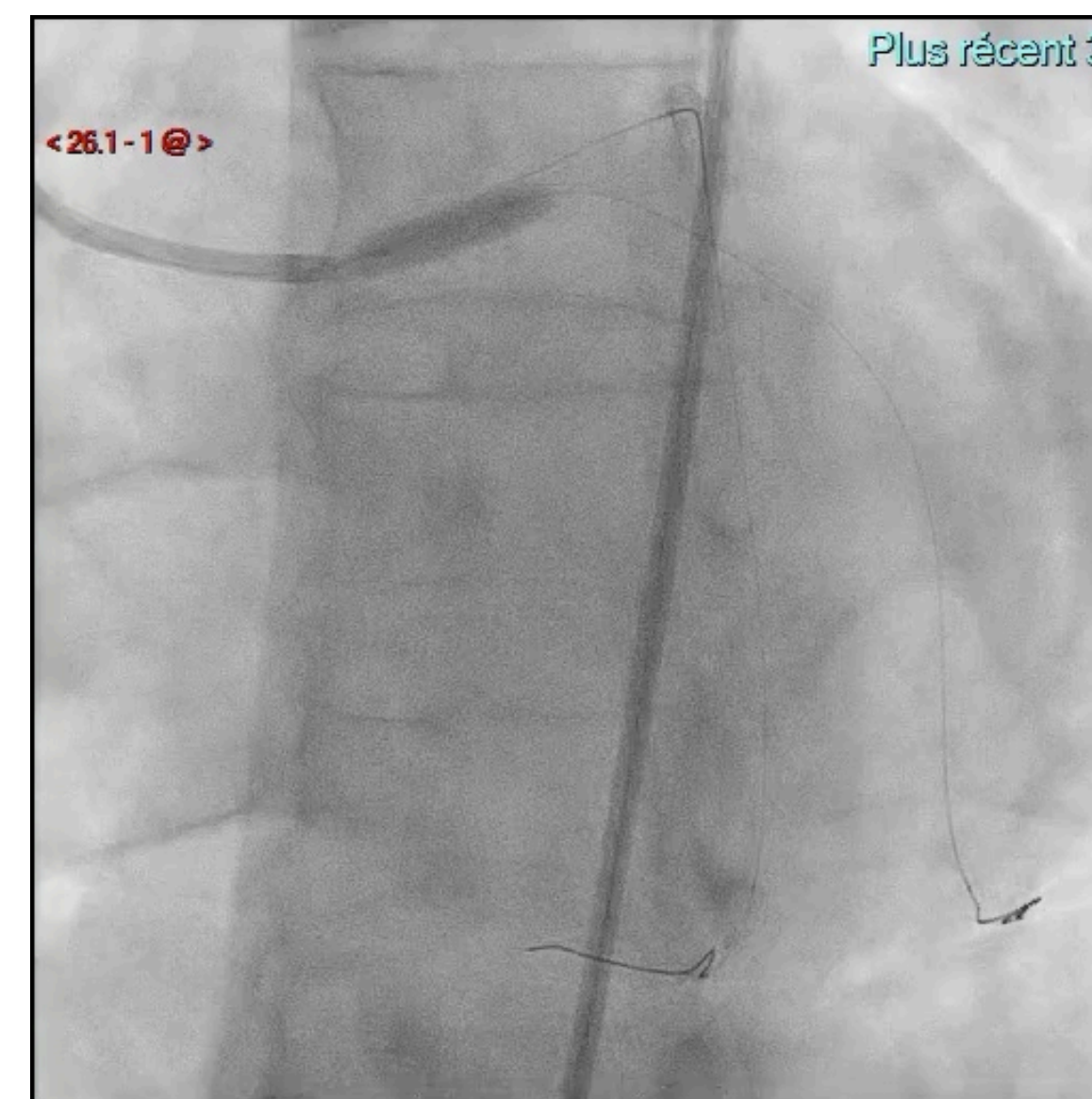
- MV balloon removed
- MV stent delivered and deployed

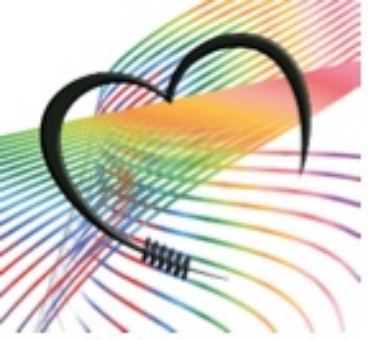
POT

KBI inflation

Final POT

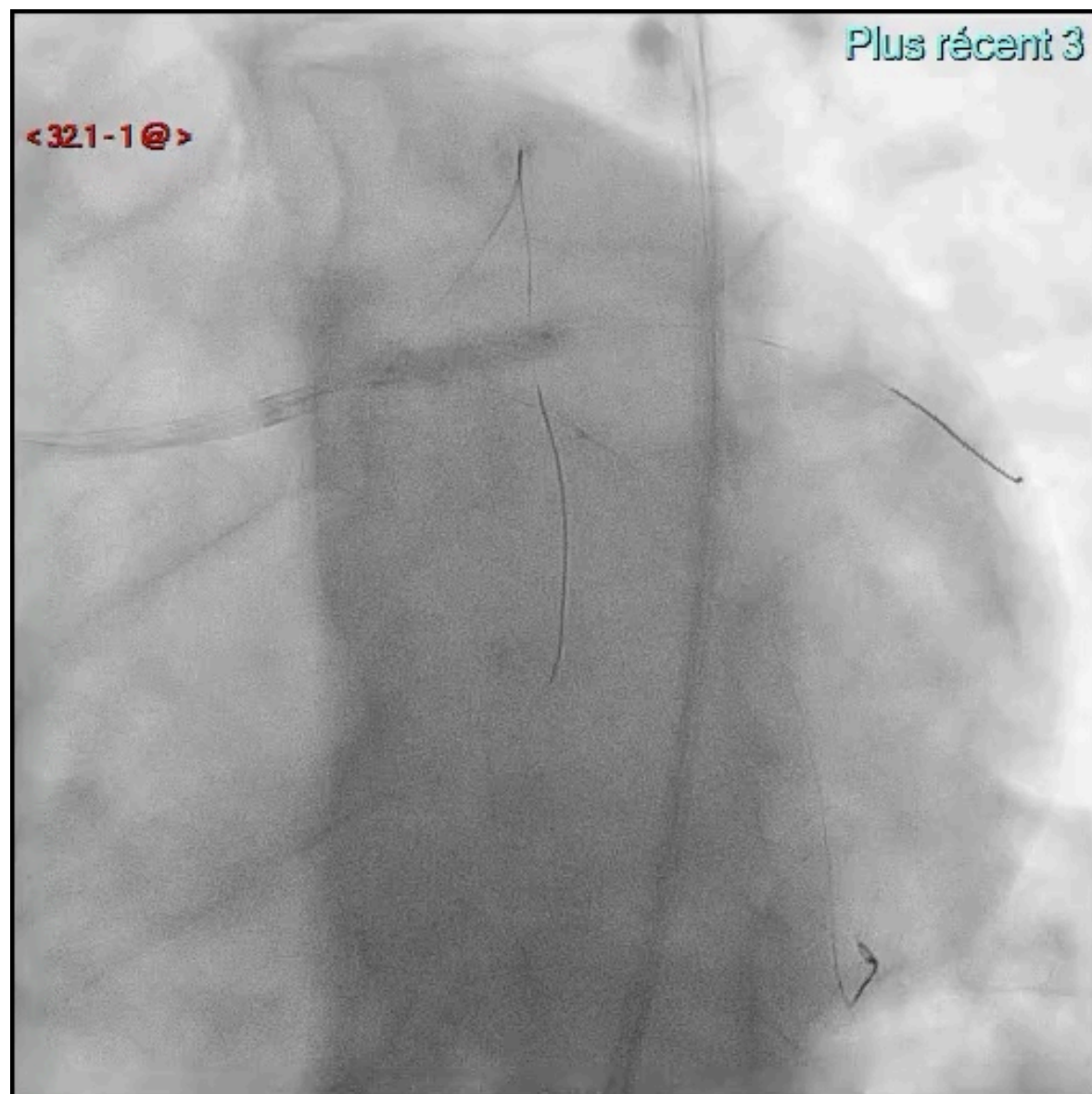
POT avec un ballon NC 4.0 12mm



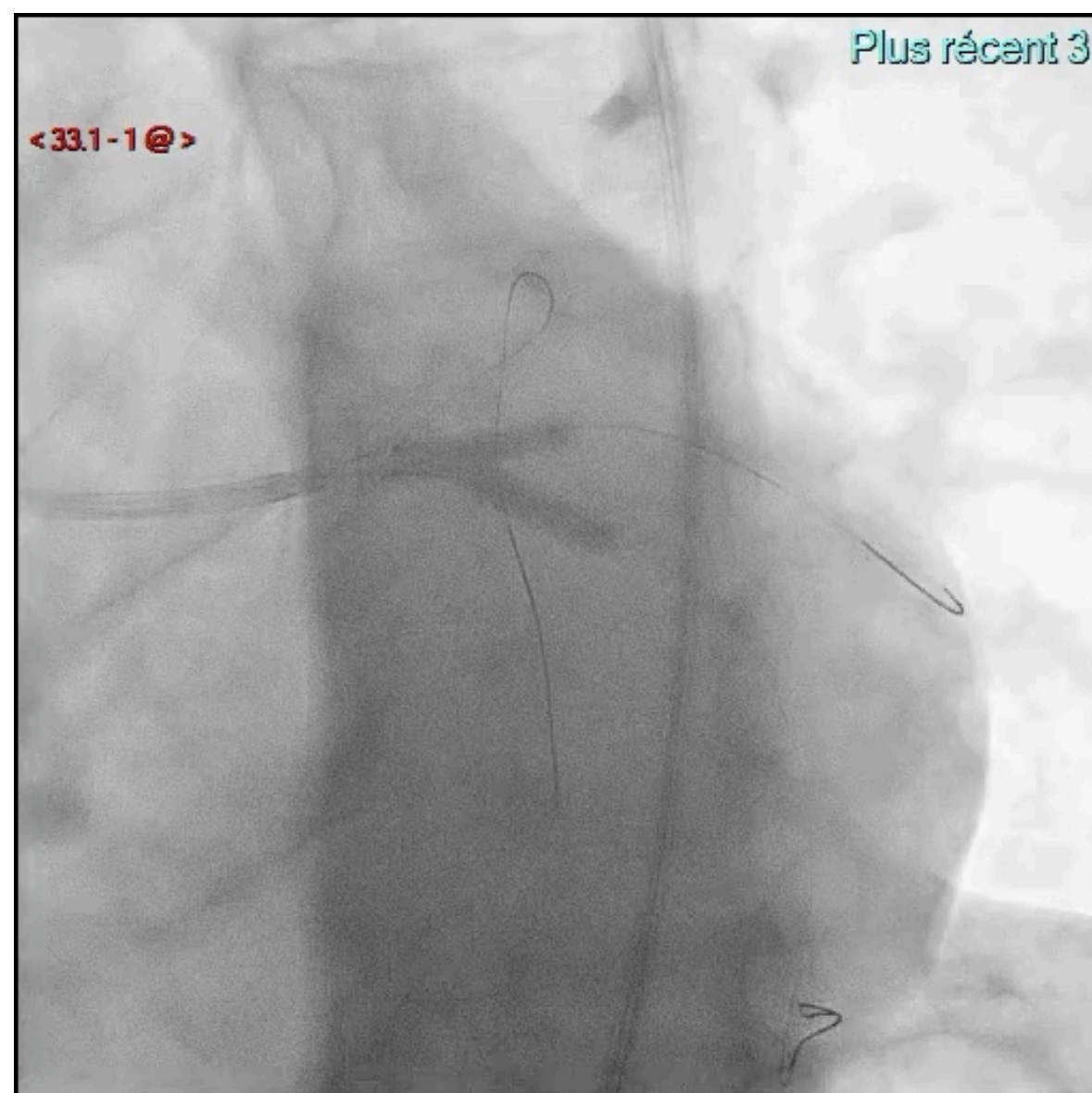


Passage du BM dans la marginale

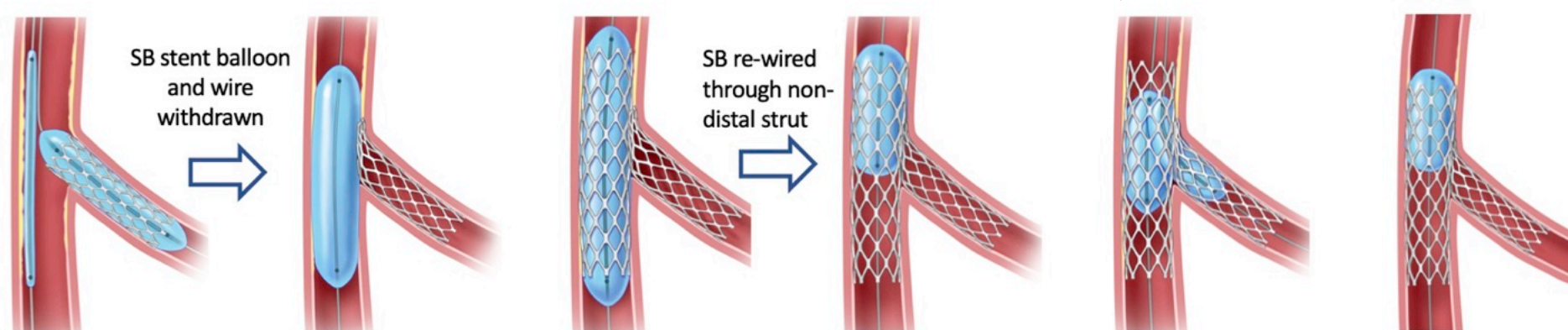
Ouverture avec un ballon de 2.25 15mm



Kissing balloon avec un ballon NC de 3.0 20mm dans la marginale et un ballon NC de 3.5 20mm dans la Cx



Mini-crush via 6F

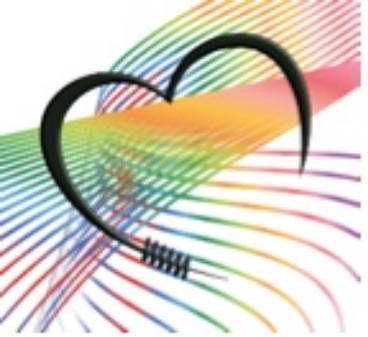


- Uninflated MV balloon positioned
- SB stent deployed with 2mm protrusion
- MV balloon used to crush protruding SB stent
- MV balloon removed
- MV stent delivered and deployed

POT

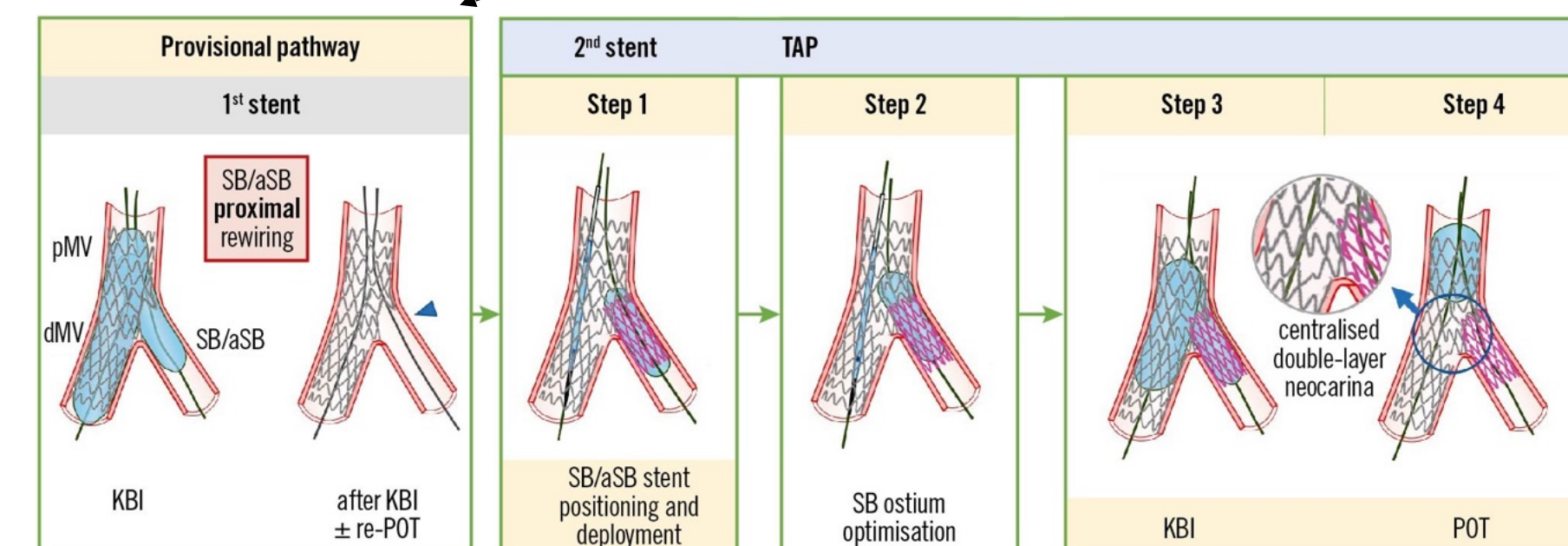
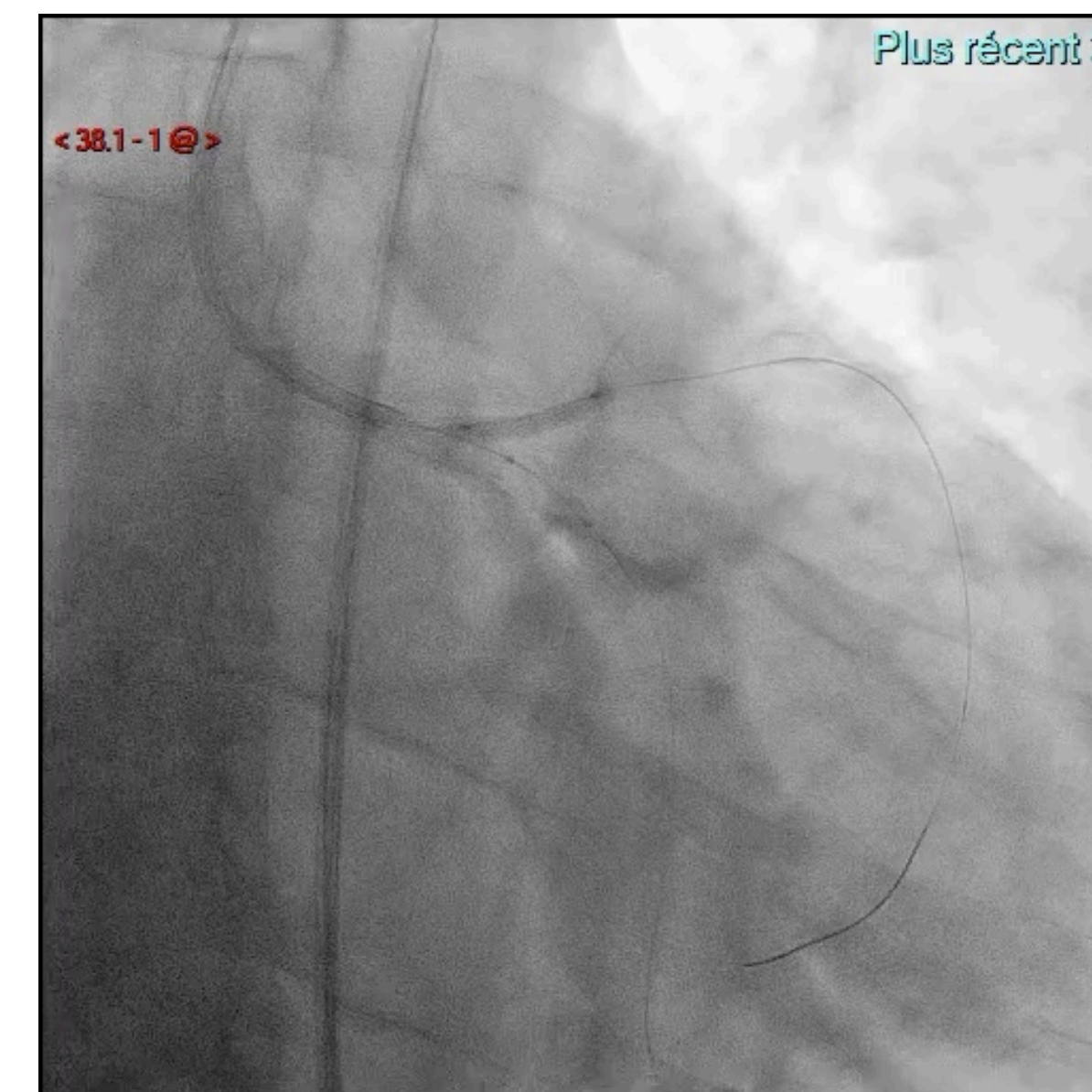
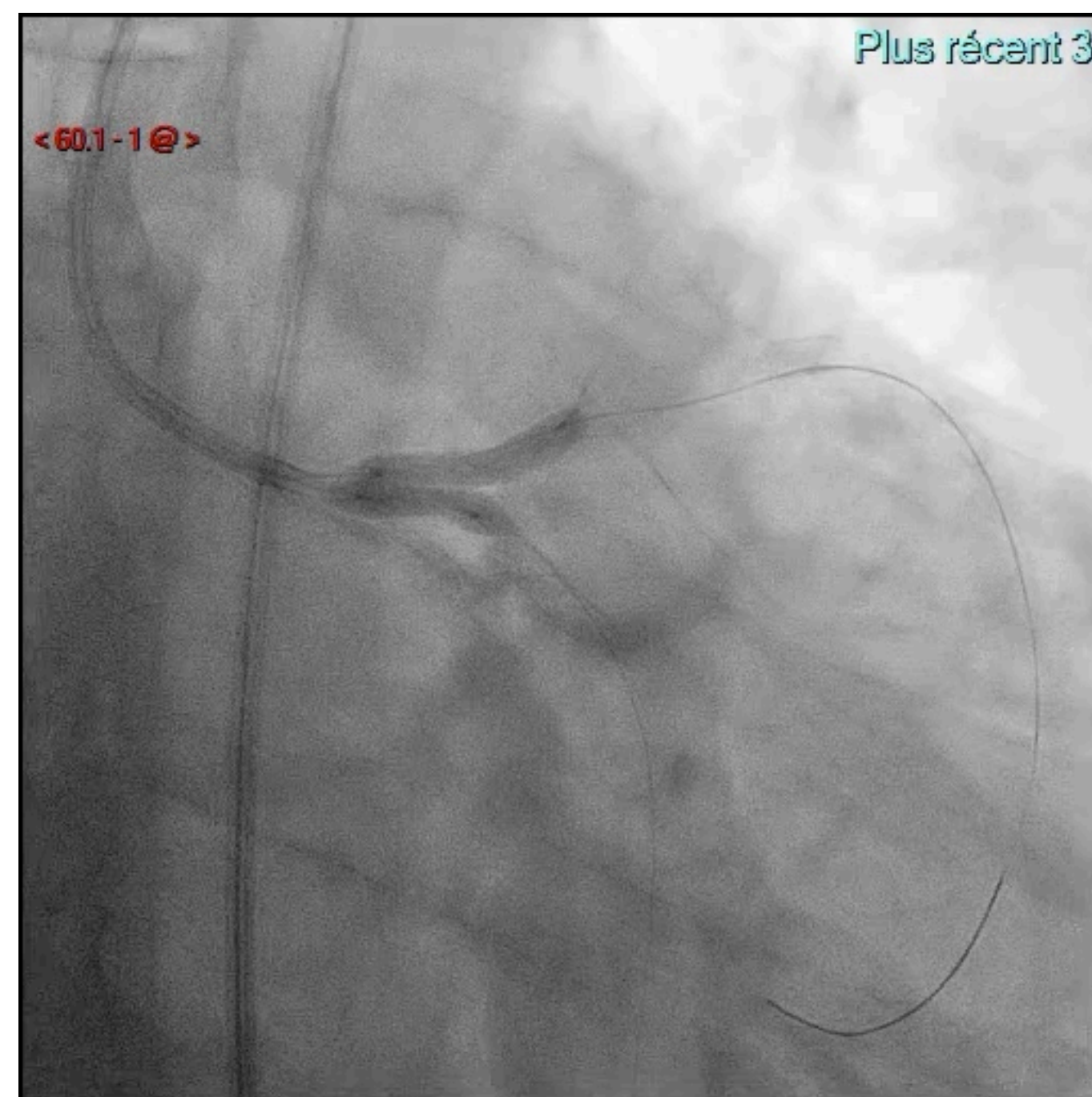
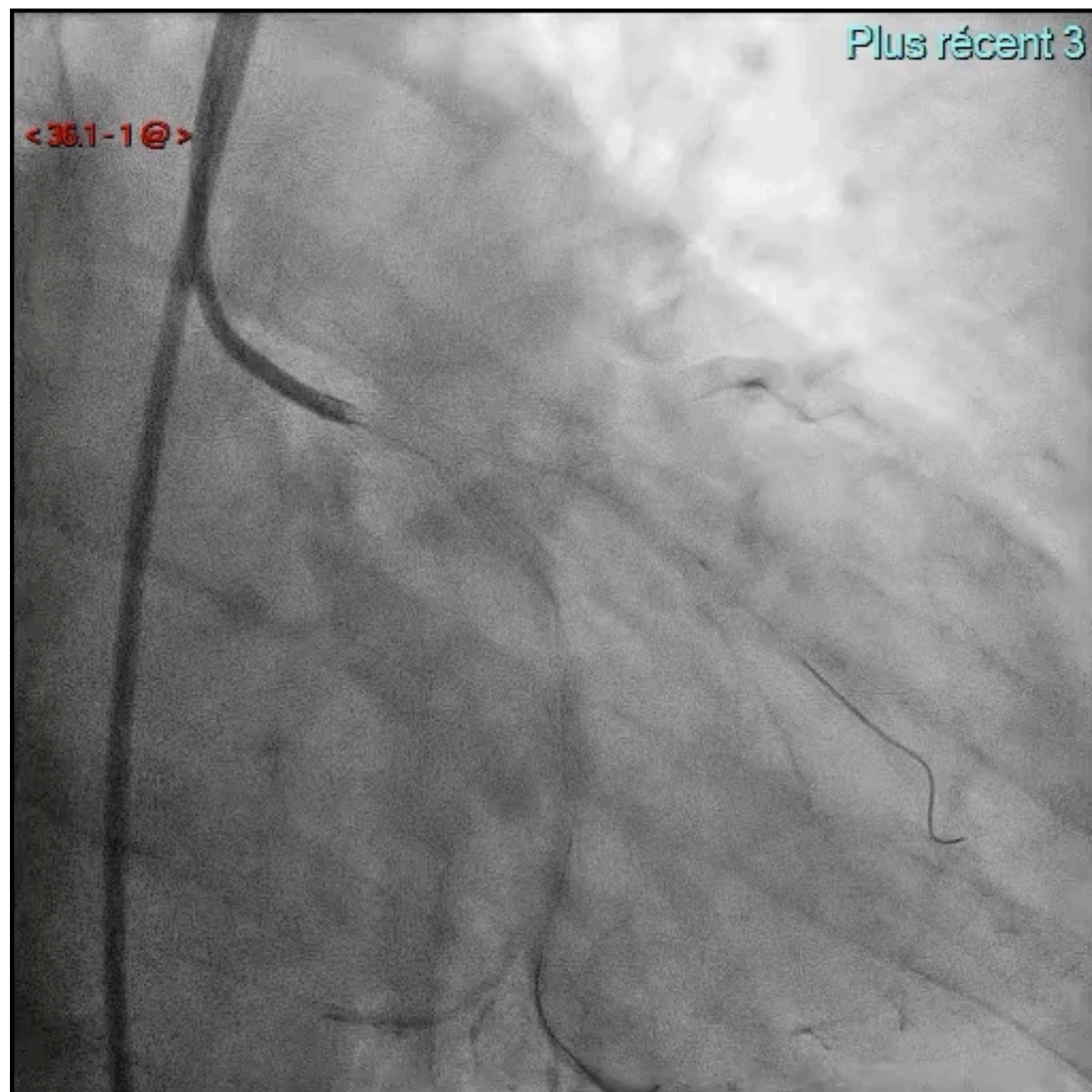
KBI inflation

Final POT



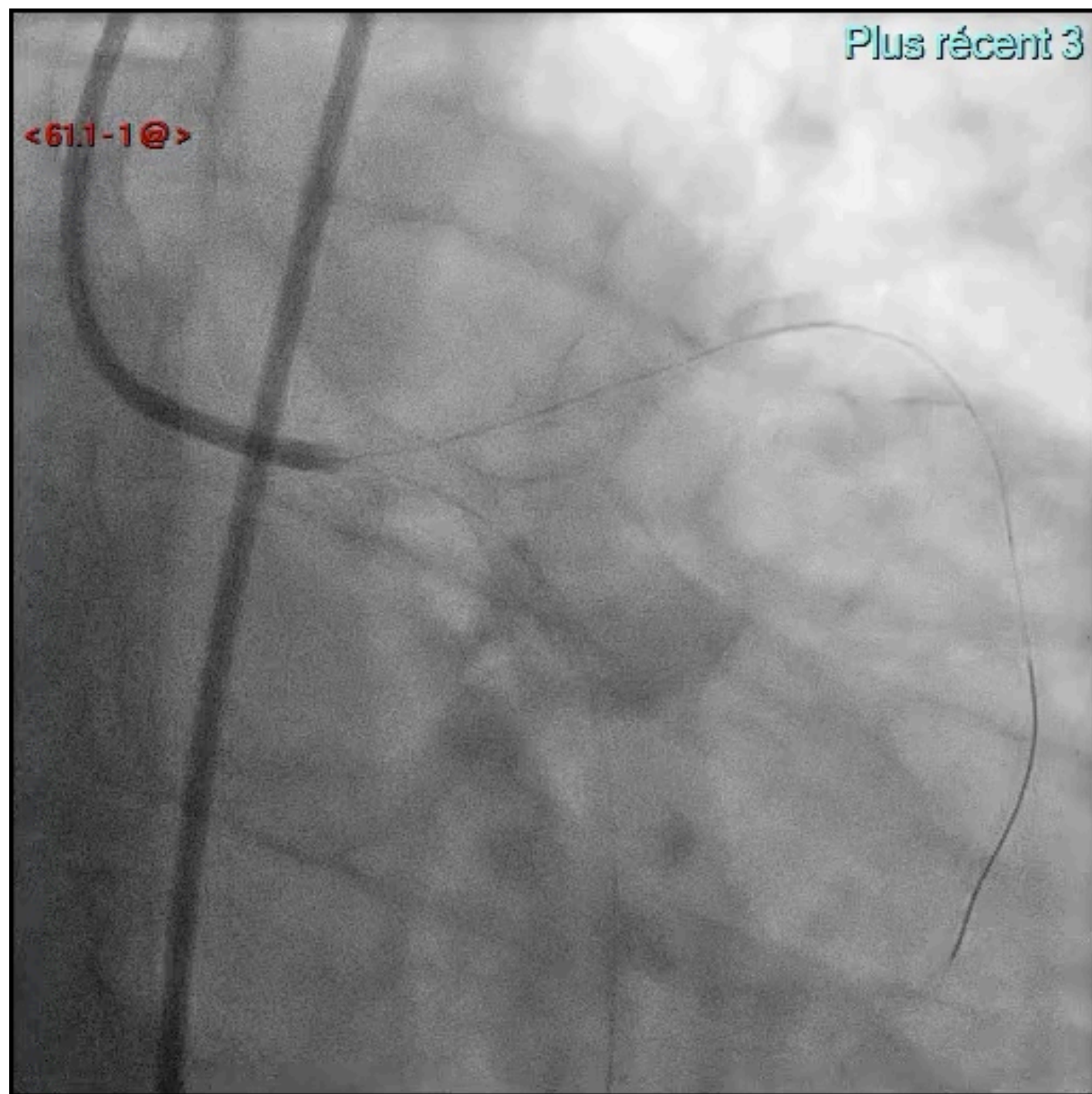
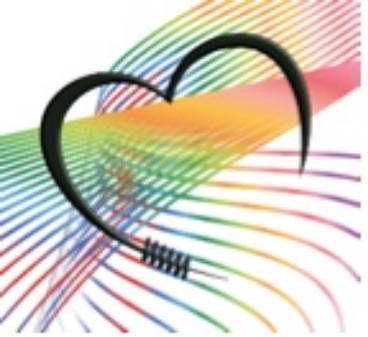
Passage d'un BM dans l'IVA

ballon de 2.25 15mm

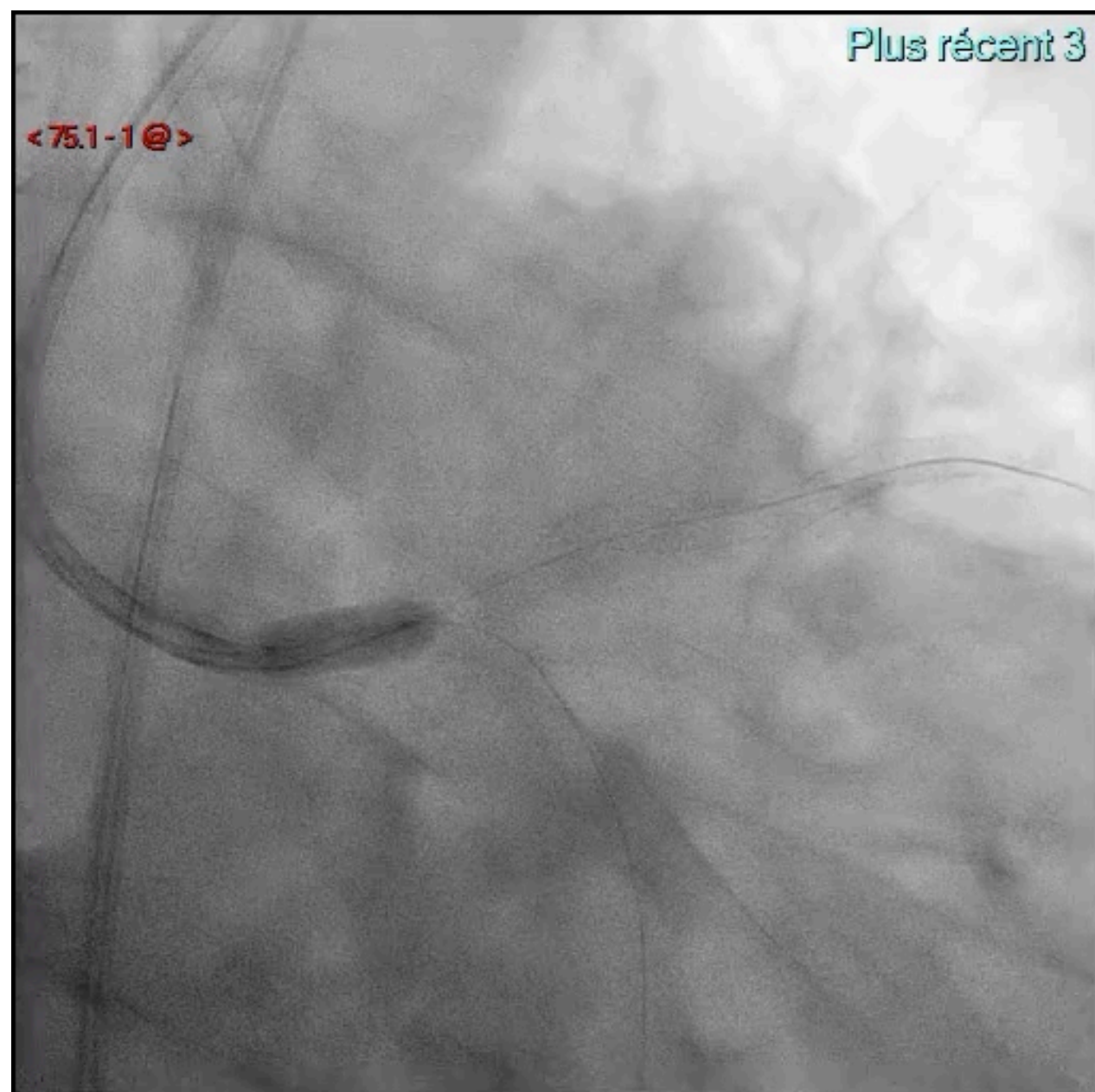


Stenting de l'IVA ostiale en TAP

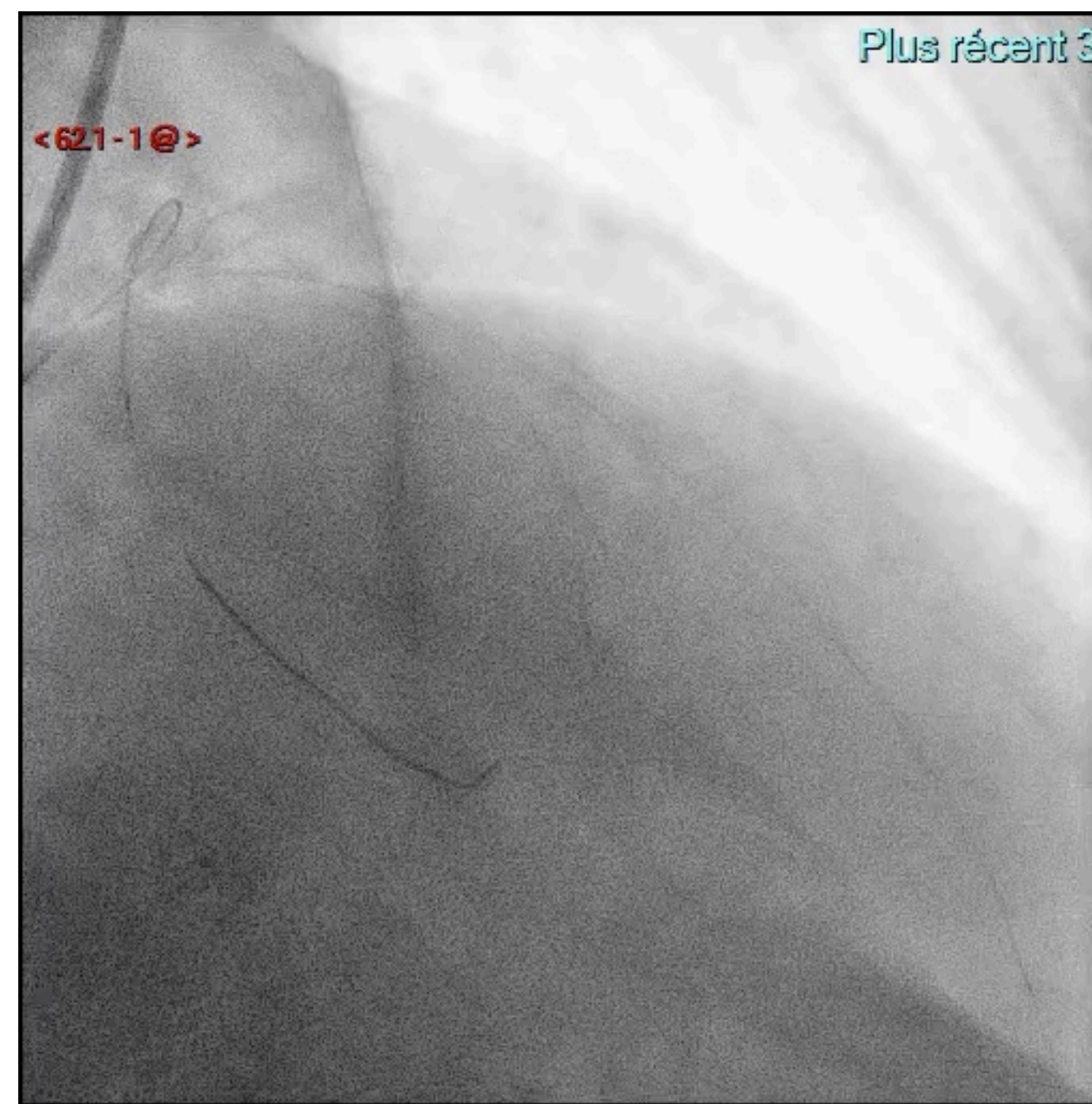
stent actif de 3.0 15mm en Kissing avec un ballon NC 3.5 12mm dans l'axe TCCG-Cx



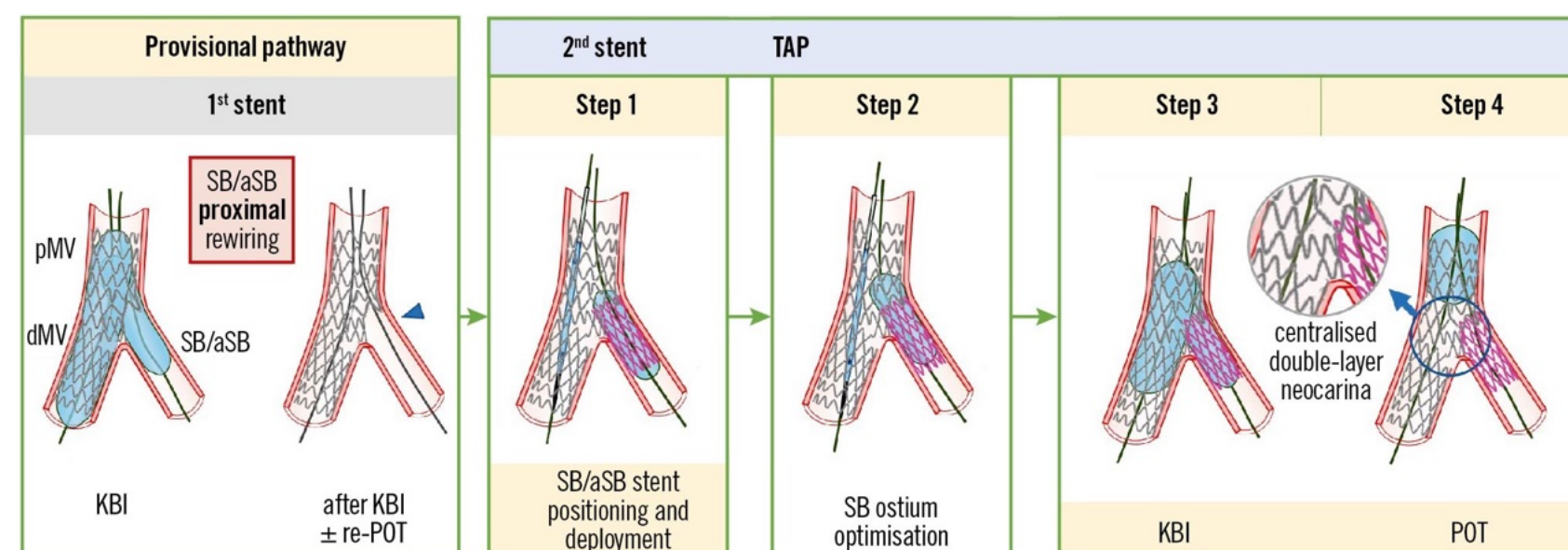
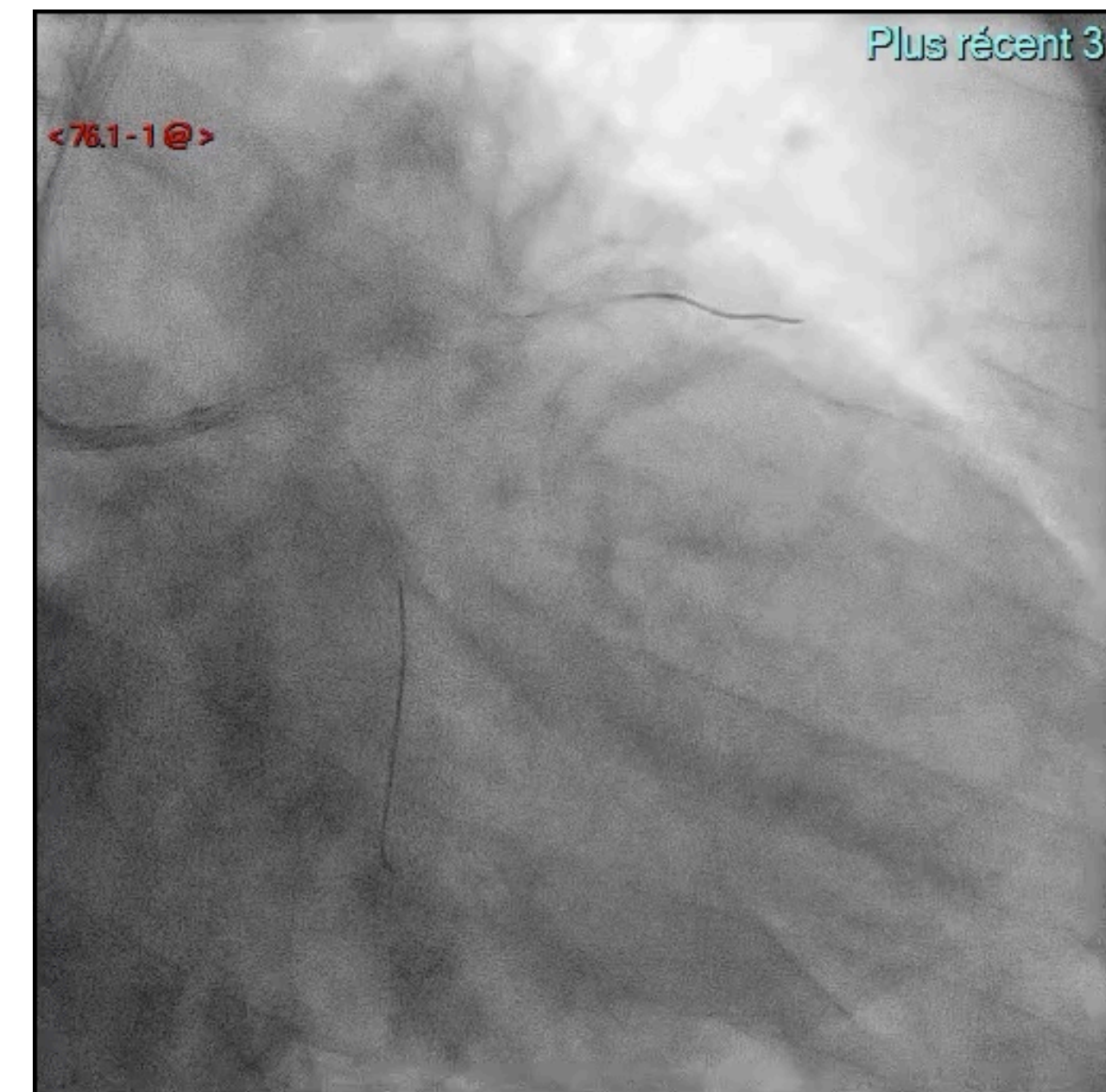
RePOT final dans le TCCG avec un ballon Nc de 4.5 12mm

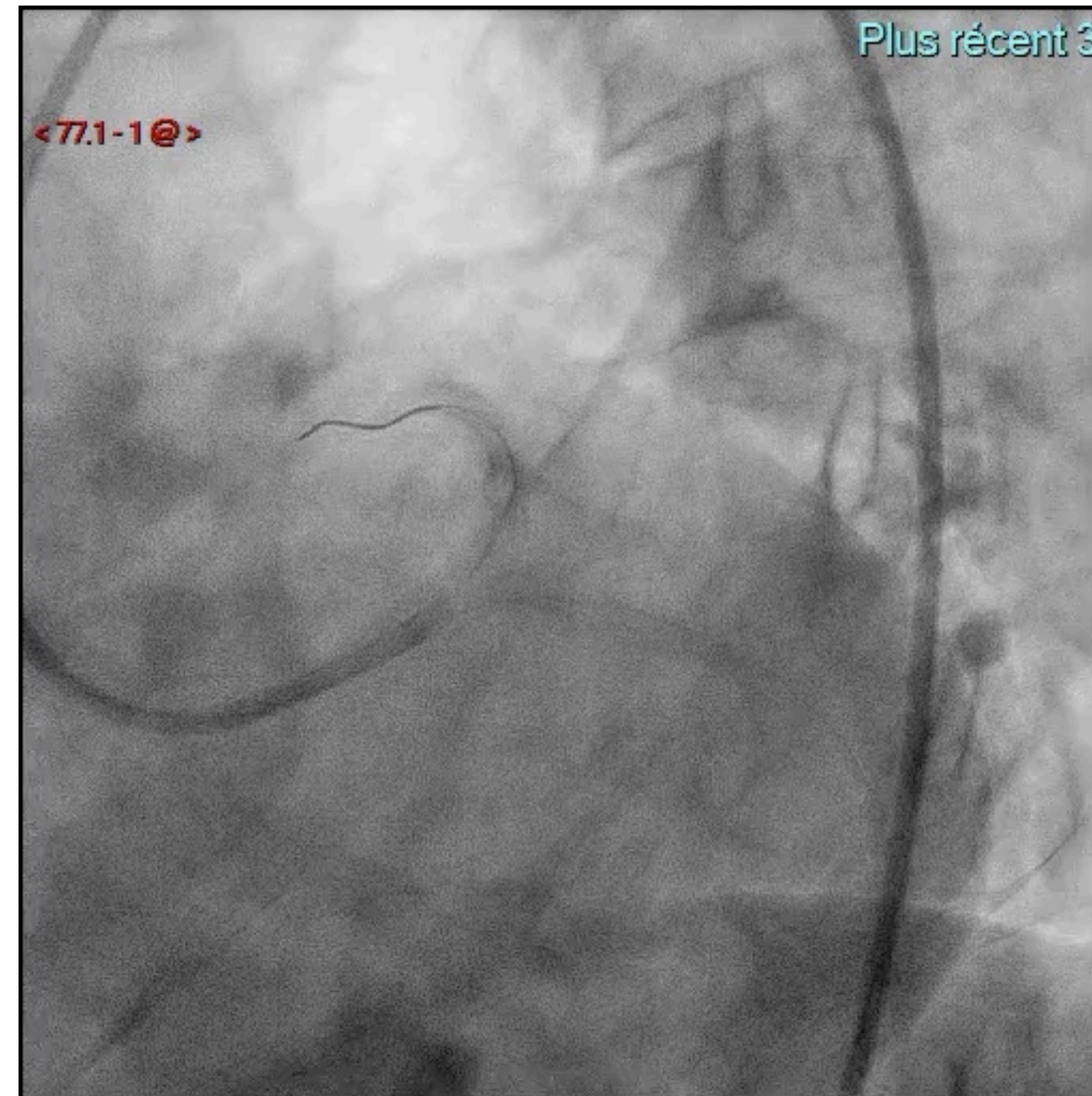
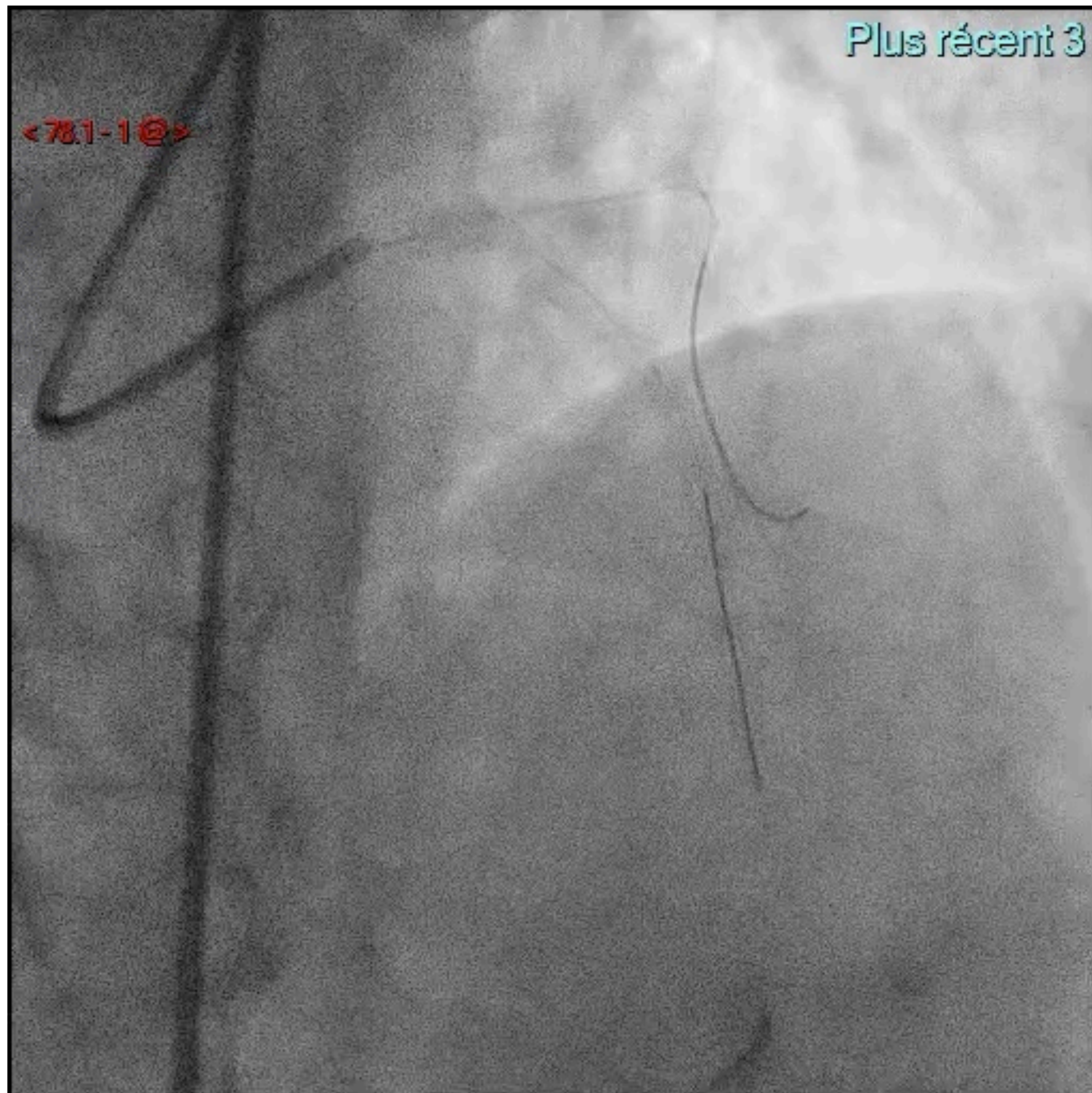


Dissection sur l'IVA moyenne
implantation d'un stent actif de 3.0 18mm

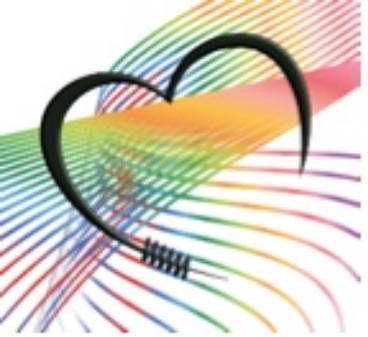


Bon résultat final en angiographie
et en IVUS



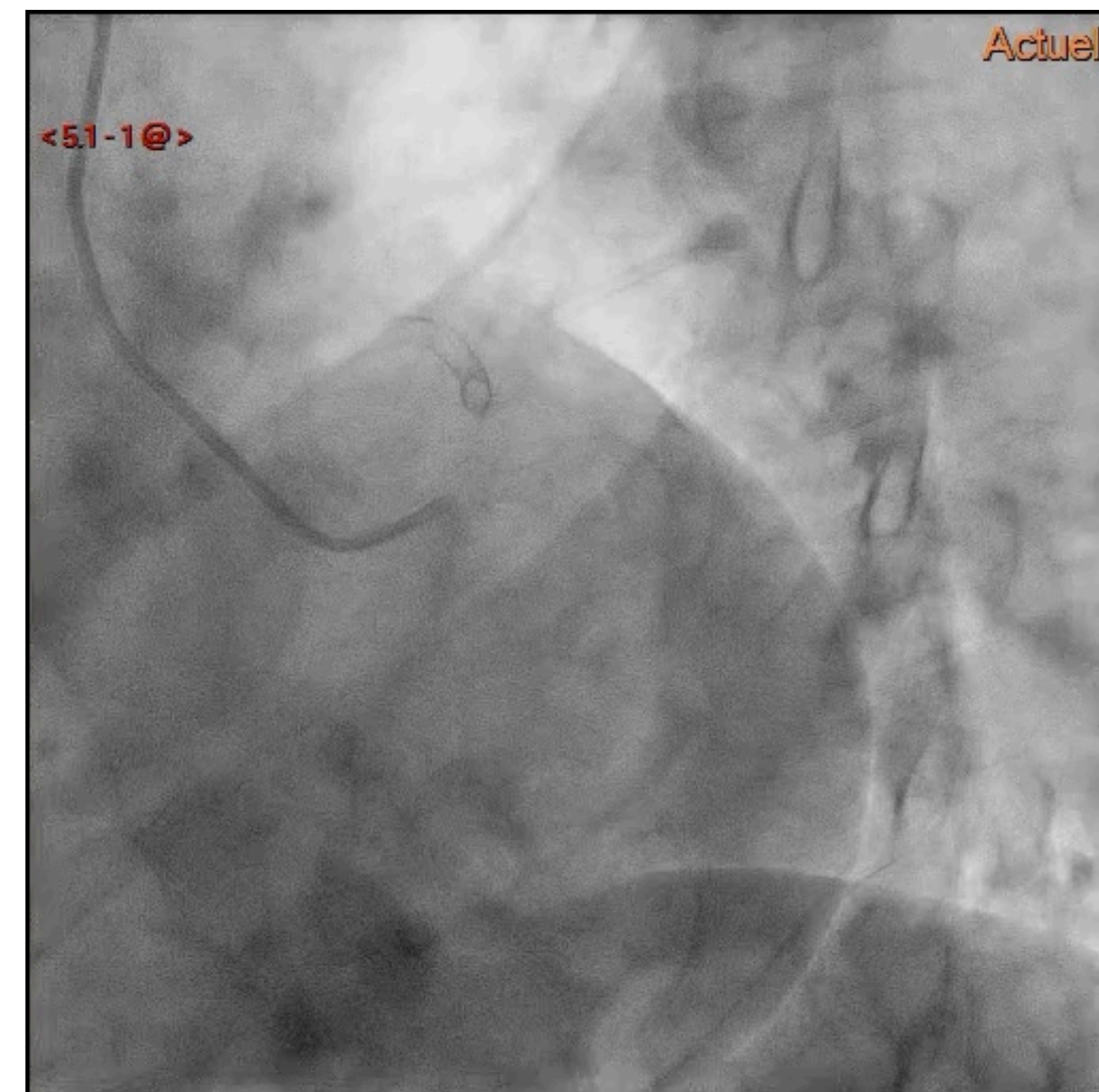
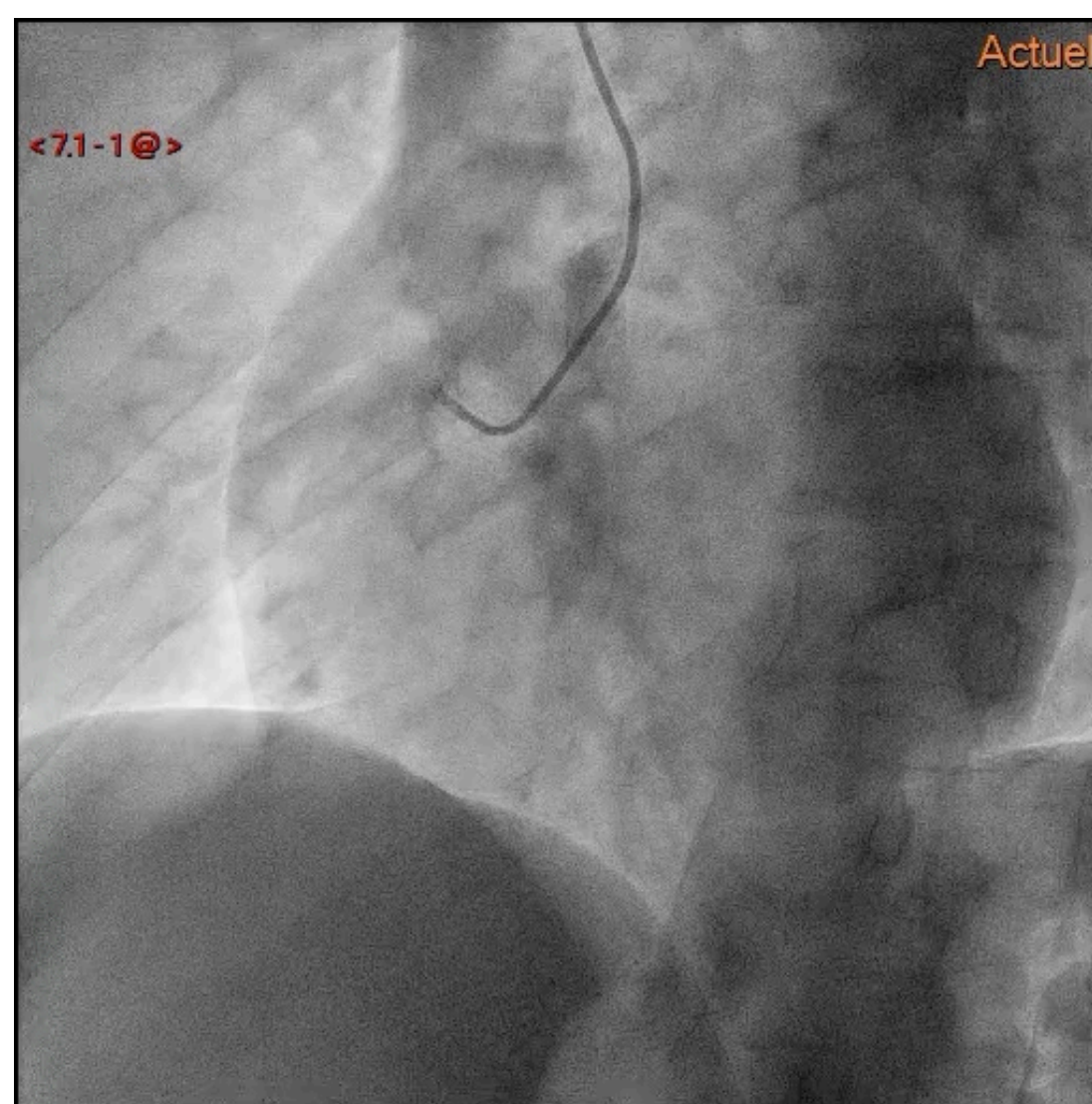
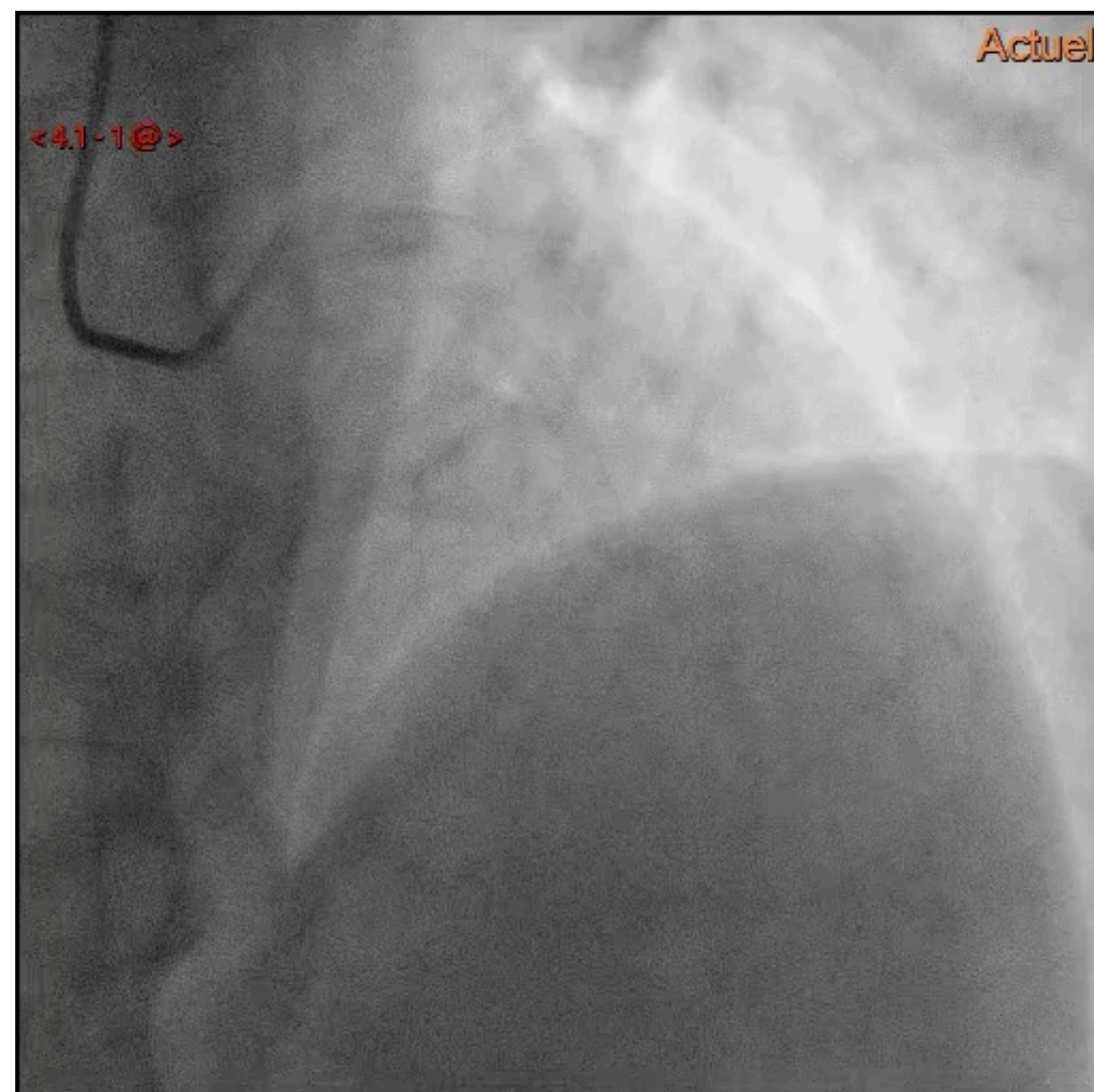
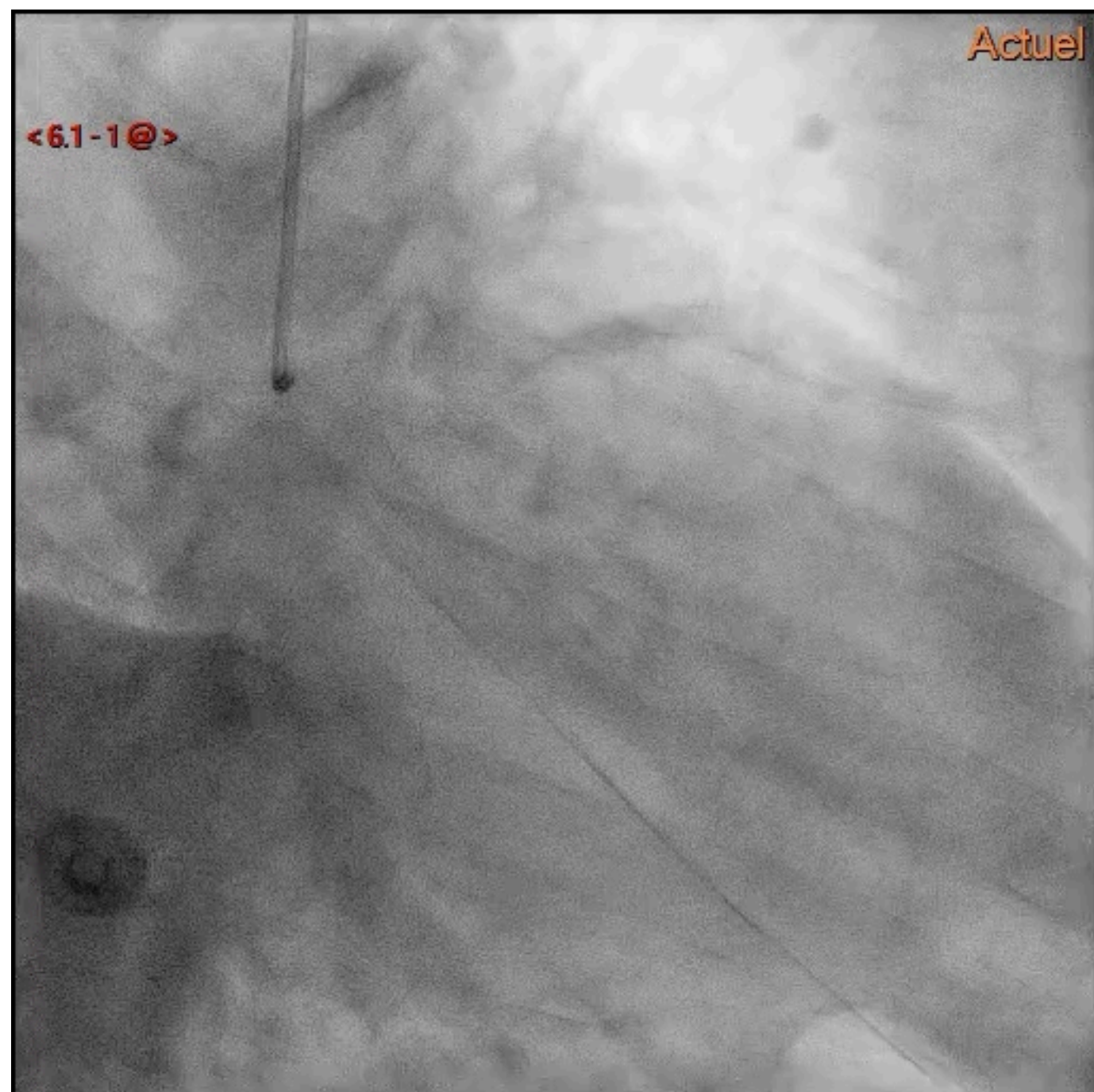


Angioplastie réussie de la bifurcation Cx-marginale (crush) et du TCCG distal (TAP)



CONTROLE A 6 MOIS

voie radiale 5F



Bon maintien des résultats d'angioplastie sans resténose



Actuellement et après l'arrêt du tabac ainsi qu'une optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque, il est strictement asymptomatique, l'observance thérapeutique est bonne.



L'examen physique retrouve des bruits du cœur réguliers, sans souffle, il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque.

L'ECG est en rythme sinusal avec une séquelle de nécrose antérieure et inférieure

L'échocardiographie montre un VG non dilaté, non hypertrophié, siège d'une akinésie apicale. La FEVG est en nette amélioration estimée ce jour à 50%. L'insuffisance mitrale qui était initialement cotée grade III est actuellement minime.

Au total : l'évolution cardiologique est très favorable suite à cet infarctus antérieur avec absence d'angor résiduel et récupération d'une fonction ventriculaire gauche satisfaisante associée à une régression de l'insuffisance mitrale.





Merci pour votre attention