

SESSION CORONAIRE

ST+ CHEZ LE PLURITRONCULAIRE



Benoit LATTUCA

CHU Nîmes - Département de cardiologie
Groupe de recherche ACTION

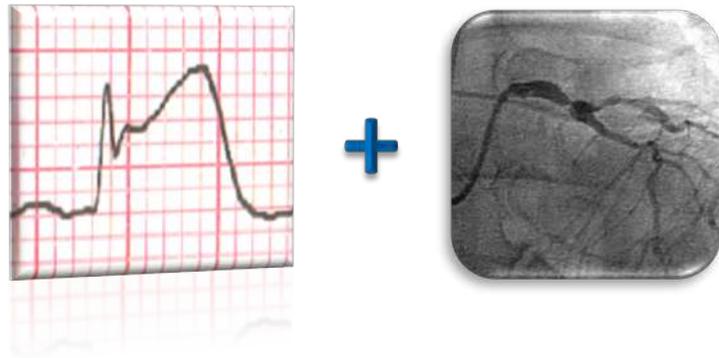
benoit.lattuca@gmail.com

Liens d'intérêt

- ☑ **Bourses de recherche:** Biotronik, Boston Scientific, Daiichi Sankyo, Federation Française de Cardiologie, Institute of CardioMetabolism and Nutrition and Medtronic

- ☑ **Consulting et honoraires :** AstraZeneca, Medtronic, Novartis, Daiichi Sankyo, Eli Lilly

ST+ chez le pluri-tronculaire



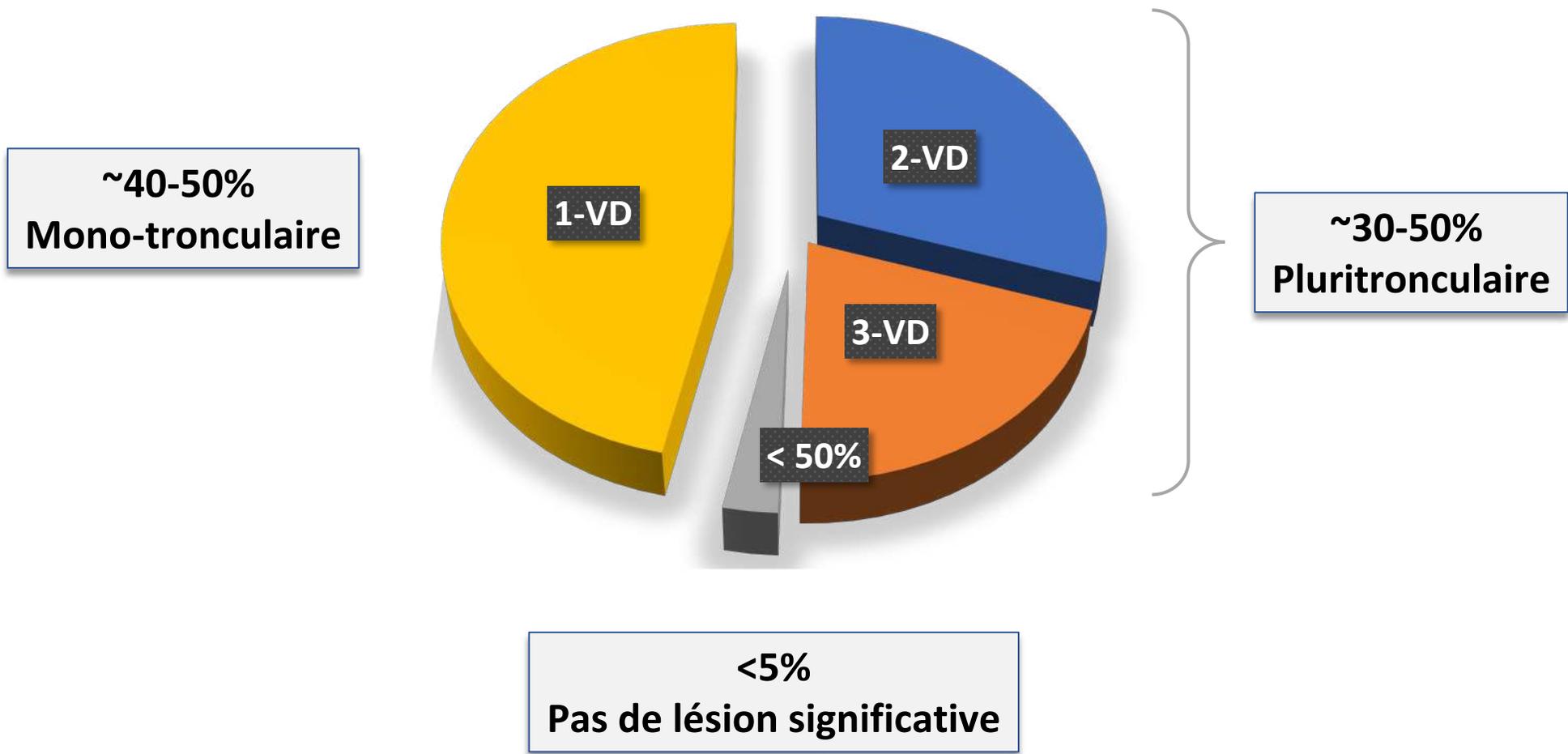
Quelle incidence ?

Faut-il revasculariser toutes les lésions ?

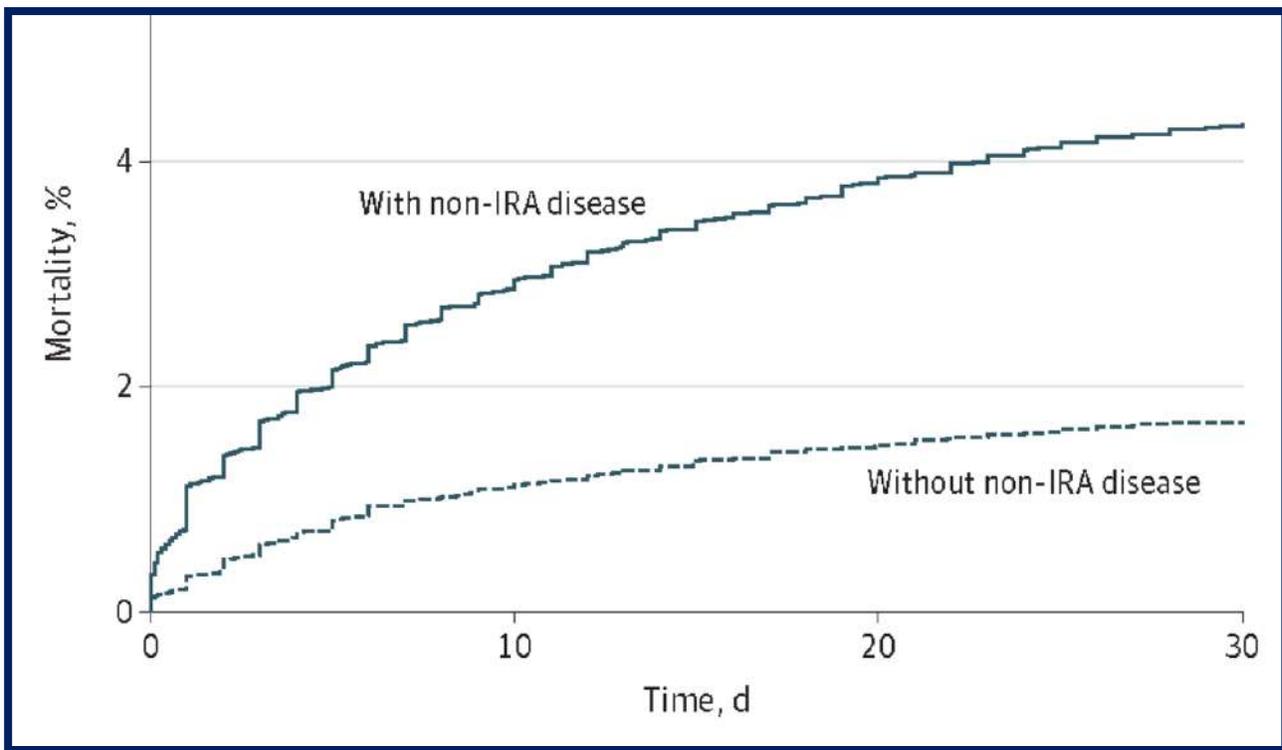
Quelle place de l'évaluation hémodynamique ?

Revascularisation immédiate ou différée ?

ST+ pluri-tronculaire : vraiment fréquent ?



Et un impact pronostique !



Mortalité accrue en cas d'atteinte pluri-tronculaire

N=28 282 patients

52.8% de patients multitronculaires

ST+ pluri-tronculaire : quelle stratégie de revascularisation ?

Objectif principal = revasculariser la lésion coupable

Et après ??

**Lésion coupable
uniquement**

**Revascularisation
complète
immédiate**

**Revascularisation
complète
différée**

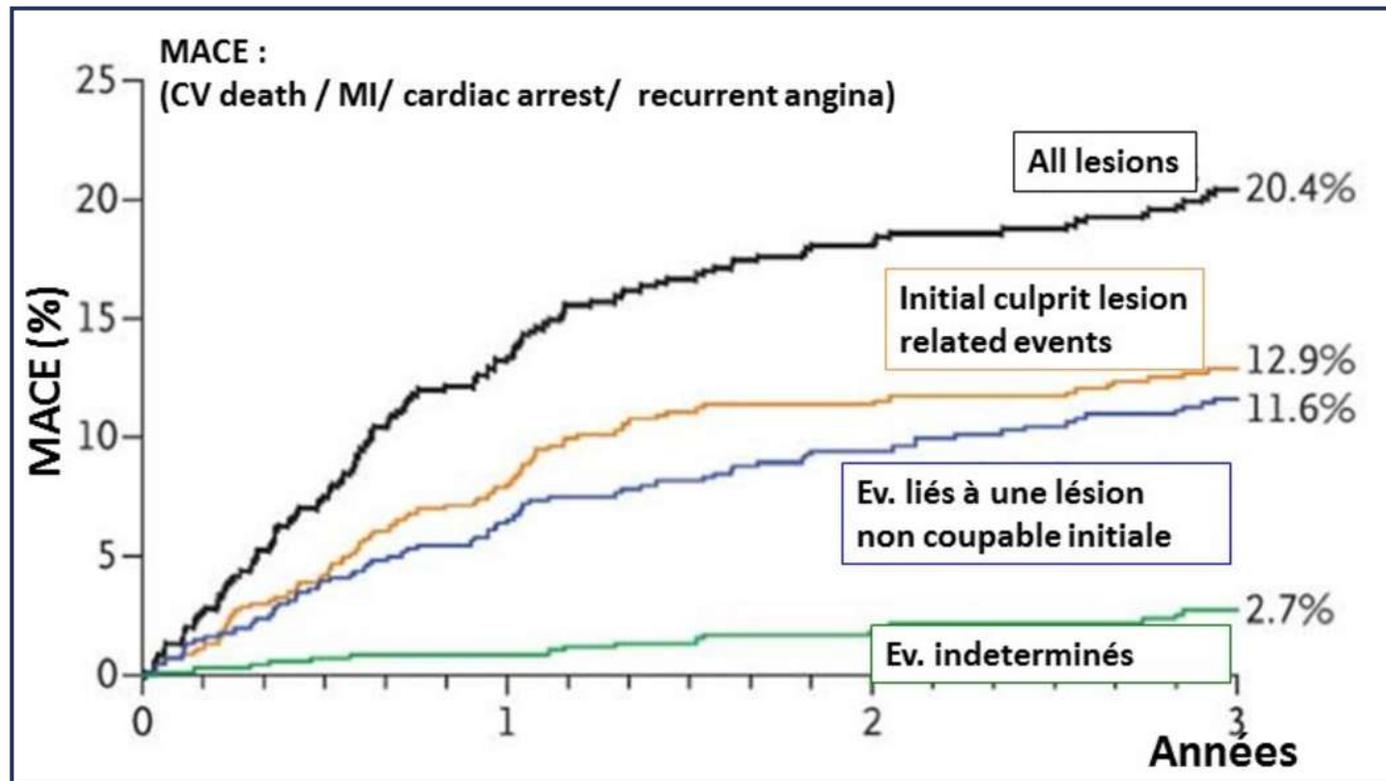
**Réévaluation secondaire
des autres lésions**
(symptômes, test fonctionnel,
hémodynamique)

Lésions non coupables mais vraiment innocentes ?

Etude PROSPECT

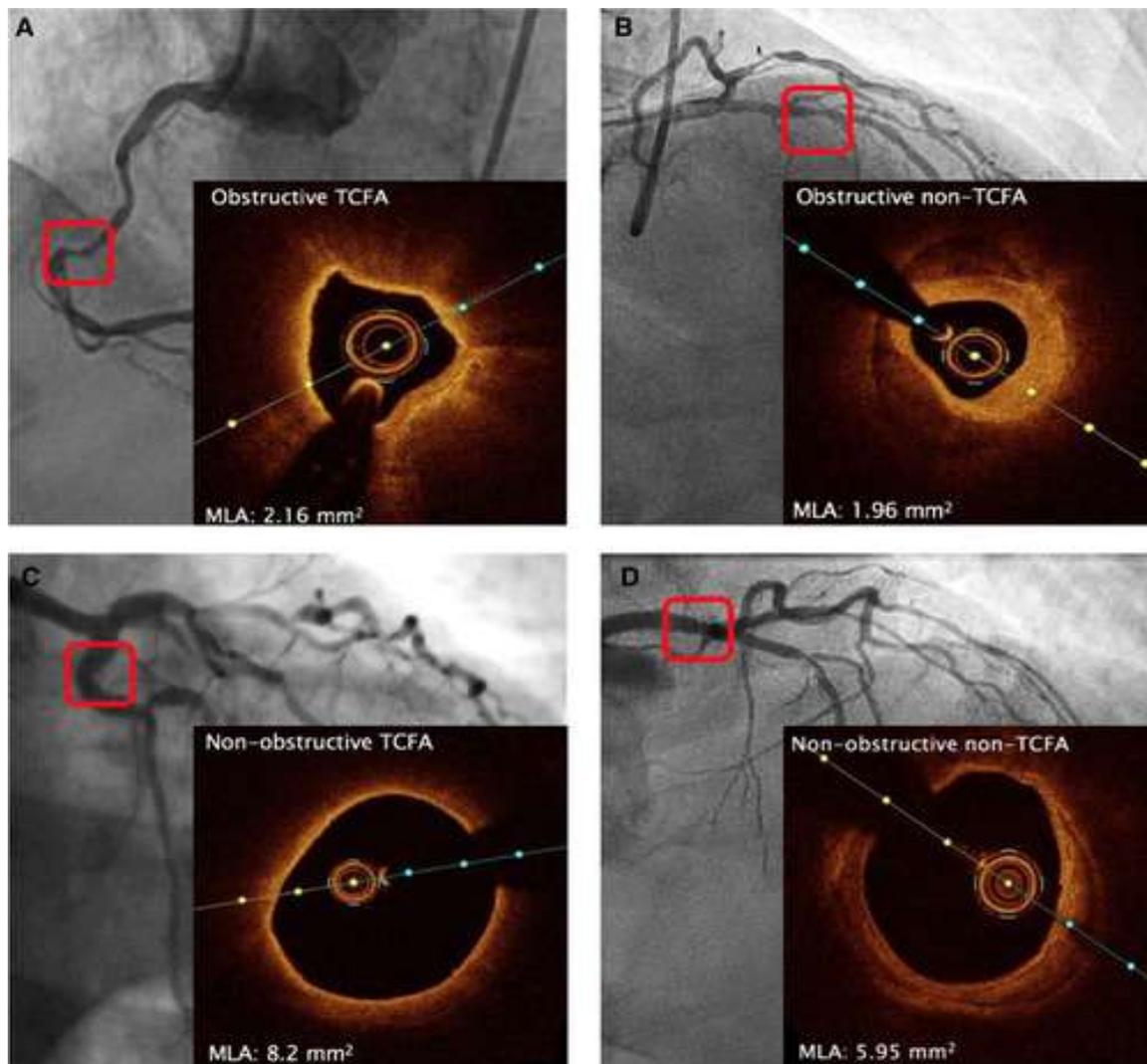
697 patients pris en charge pour un SCA

3 ans de suivi



Récurrences ischémiques liées à l'évolution diffuse de la maladie et non pas seulement à la lésion initiale

Lésions non coupables mais vraiment innocentes ?



ANALYSE OCT des lésions non coupables

→ 50% de lésions avec ≥ 2 critères de vulnérabilité

(ulcération, érosion, dissection, plaque hétérogène, thrombus)

Faut-il traiter les lésions associées ?

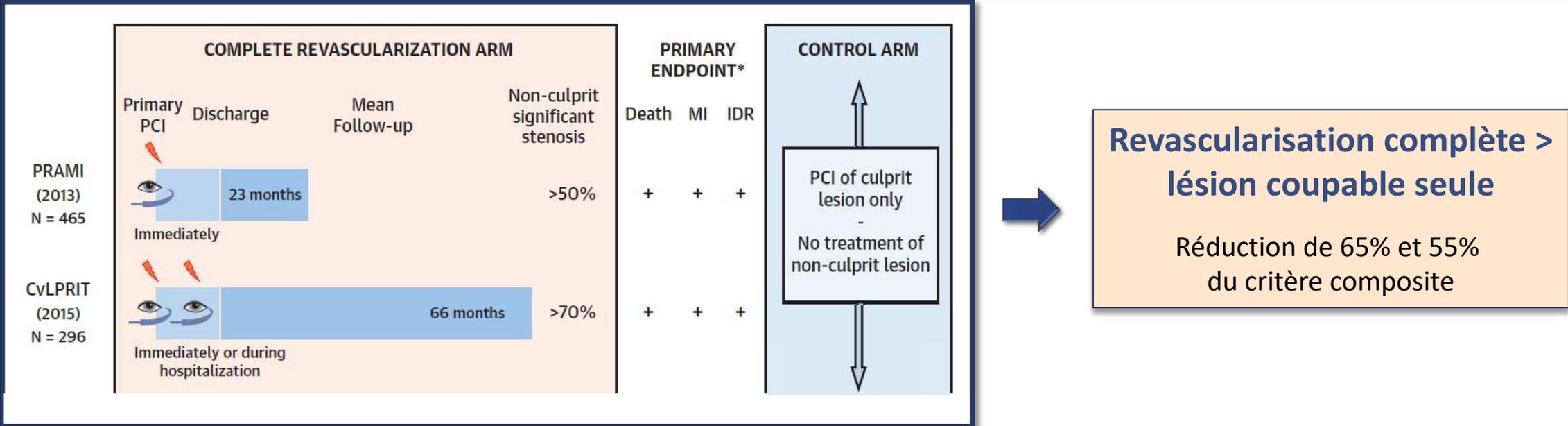
Revascularisation lésion COUPABLE seule

versus

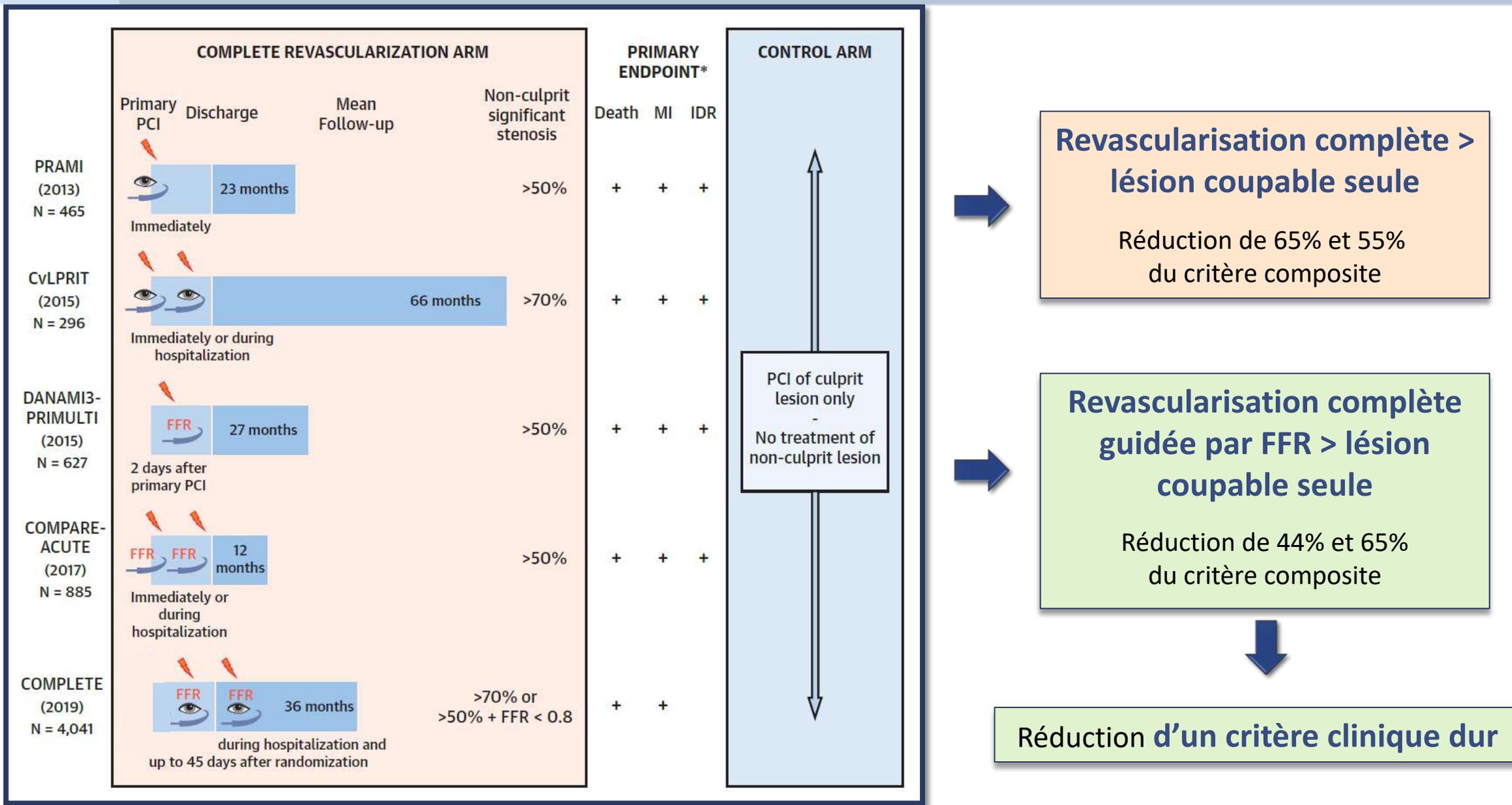
Revascularisation COMPLETE



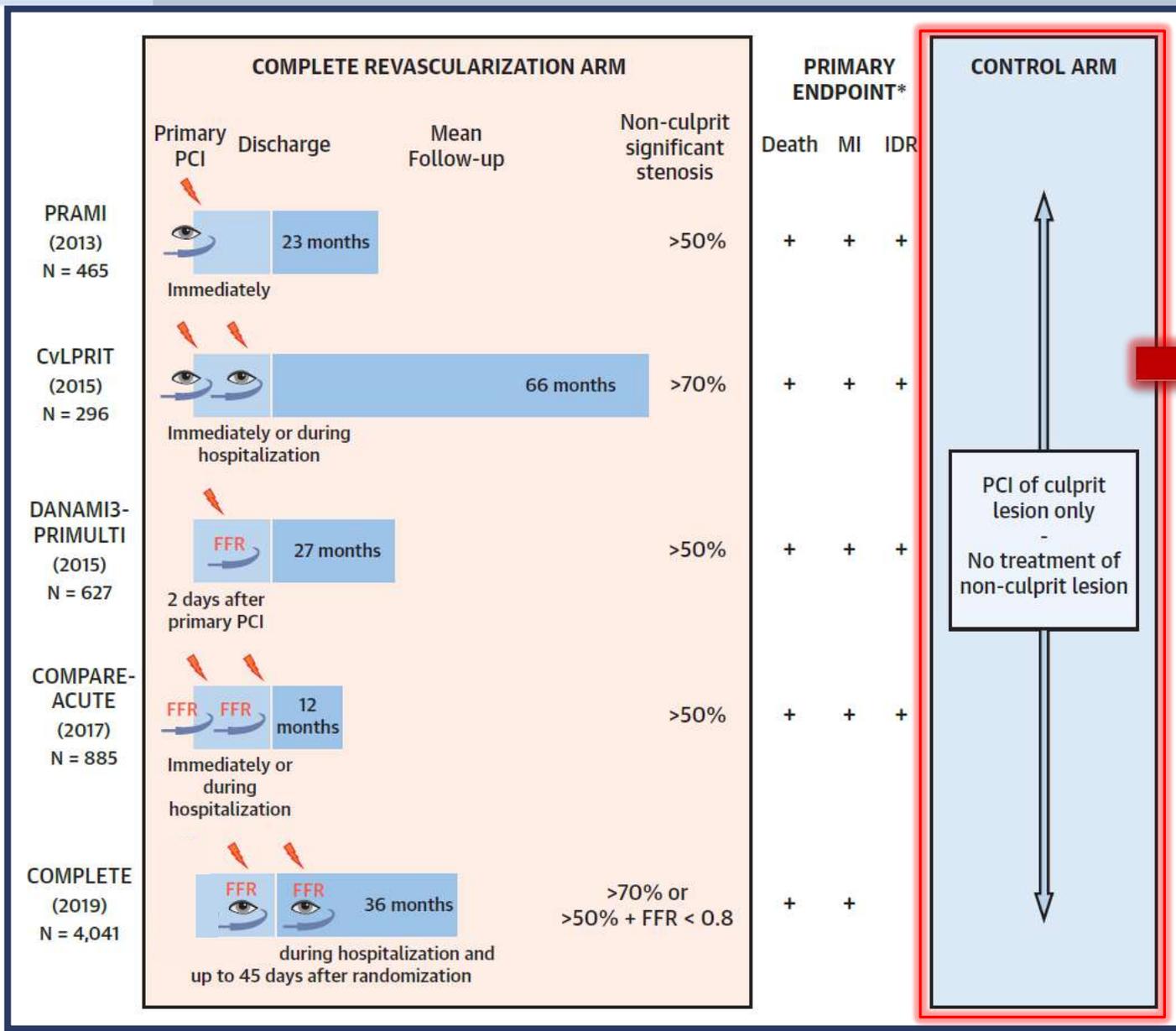
Faut-il traiter les lésions associées ?



Faut-il traiter les lésions associées ?



Faut-il traiter les lésions associées ?



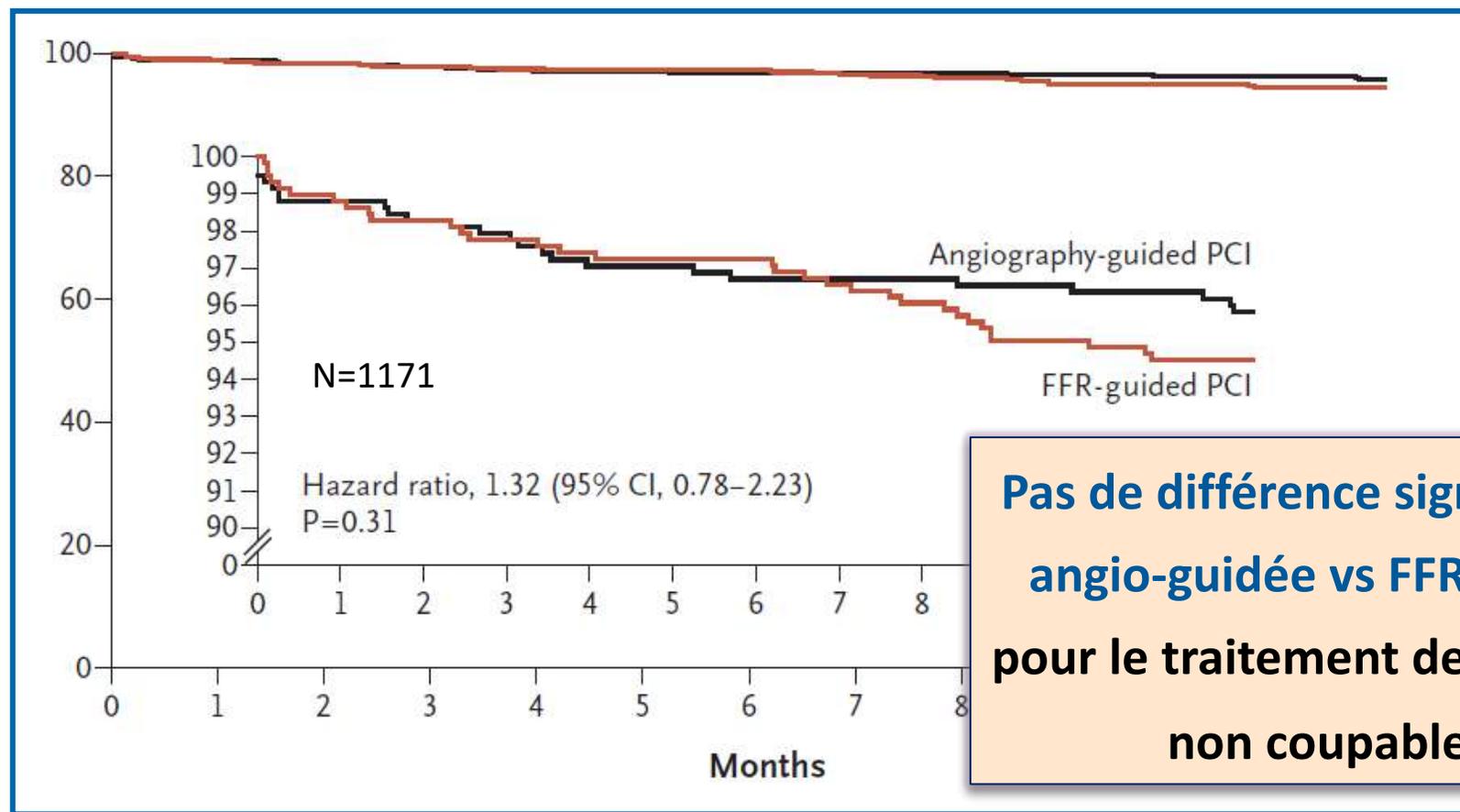
Aucune prise en charge systématique des lésions non coupables dans le bras contrôle

Revascularisation complète : oui mais comment ?

Angio-guidée
ou
FFR guidée ?



Etude
FLOWER-MI



**Pas de différence significative
angio-guidée vs FFR guidée
pour le traitement des lésions
non coupables**

Staged PCI : 96%

Lésions 50-70% > 36%
Lésions 70-90% > 55%

ST+ chez le pluri-tronculaire

Quelle incidence ?



Fréquent ~40%

Faut-il revasculariser toutes les lésions ?



Oui pour toutes les lésions significatives
Bénéfice démontré de la revascularisation complète

Quelle place de l'évaluation hémodynamique ?



Pas de bénéfice à une FFR systématique

Revascularisation immédiate ou différée ?



Différée et plutôt intra-hospitalière en cas de lésion très serrée

Peu de données mais différée dans >90% des cas en pratique !

ST+ pluri-tronculaire : quelles perspectives ?

Quelle place de l'évaluation hémodynamique ?

Revascularisation complète

Angio-guidée vs
FFR-guidée

FRAME-AMI

Angio-guidée vs
iFR-guidée

iMODERN
SAFE STEMI

Angio-guidée vs
QFR-guidée

STAGED
NCT04259853

Angio-guidée vs
OCT-guidée

OCT-CONTACT

Revascularisation immédiate ou différée ?

Revascularisation complète

**Hôpital vs
1 mois**

STAGED

**Immédiate vs
hôpital**

OPTION STEMI

Une stratégie individualisée en pratique quotidienne



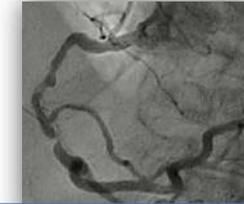
Patient

Age
Comorbidités
Hémodynamique
Voie d'abord
Syndrome inflammatoire



**Lésion
coupable**

Résultat initial
Thrombus
Délai de PEC



**Lésions
associées**

Sévérité
Complexité

Une stratégie individualisée en pratique quotidienne

Faut-il revasculariser toutes les lésions ?



Oui pour toutes les lésions significatives
FFR à limiter aux sténoses intermédiaires

Une stratégie individualisée en pratique quotidienne

**Revascularisation immédiate
ou différée ?**

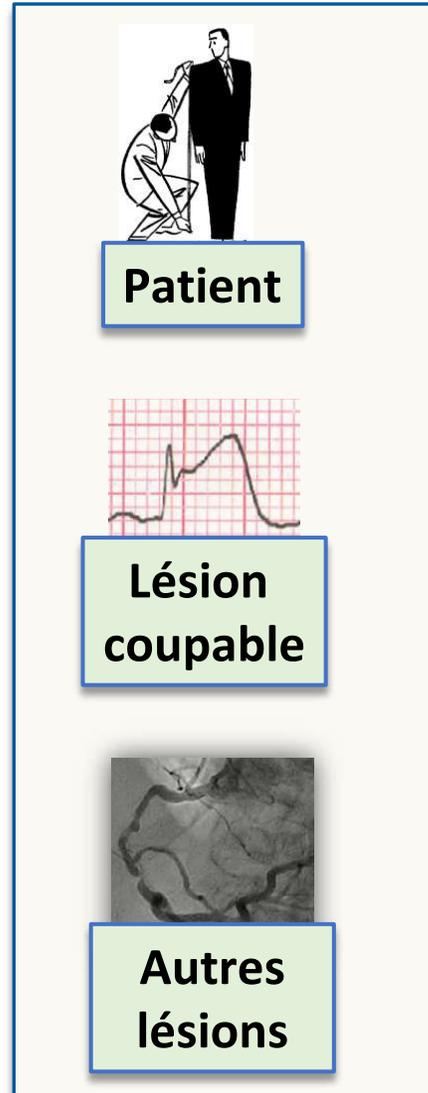
**Rarement immédiate !
Sauf...**



**Revascularisation pendant la phase
hospitalière ou secondairement ?**

**Plutôt intra-hospitalier
Sauf...**

ST+ pluri-tronculaire : quelle stratégie de revascularisation ?



Stratégie individualisée +++

- 1 **Revascularisation complète des lésions significatives et durant hospitalisation pour les lésions les plus serrées**
- 2 Revascularisation complète immédiate rare possible si double lésion coupable et/ou voie d'abord complexe
- 3 **Revascularisation principalement angio-guidée et FFR-guidée ou test fonctionnel si lésions intermédiaires**
- 4 Reprise à distance en cas de résultat non optimal ou syndrome inflammatoire important