



PALAIS DU PHARO
□ MARSEILLE □

SAVE THE DATE
24 • 25 • 26
JANVIER 2024

WWW.HIGHTECH-CARDIO.ORG

The text is arranged in a grid-like structure with blue and white squares. The background of the text area is a light blue color with a subtle pattern of small, colorful images.

Les meilleurs cas cliniques – Episode 2



Nicolas COMBARET
26 janvier 2024

“ Un post partum explosif ”

Un post partum explosif

Patiente de 29 ans.

Obésité grade II, tabagisme actif à 5 cigarettes par jour et diabète gestationnel.

Antécédents médicaux : G5P4

Accouchement par voie basse de jumeaux le **24.09.21**. La grossesse a été marquée par un diabète gestationnel et la survenue d'une pré-éclampsie en toute fin de grossesse sans signe de gravité traitée par LABETALOL.

A J3 de l'accouchement, douleur thoracique brutale sans irradiation majorée en décubitus.

ECG normal. Troponine positive -> USIC

Un post partum explosif

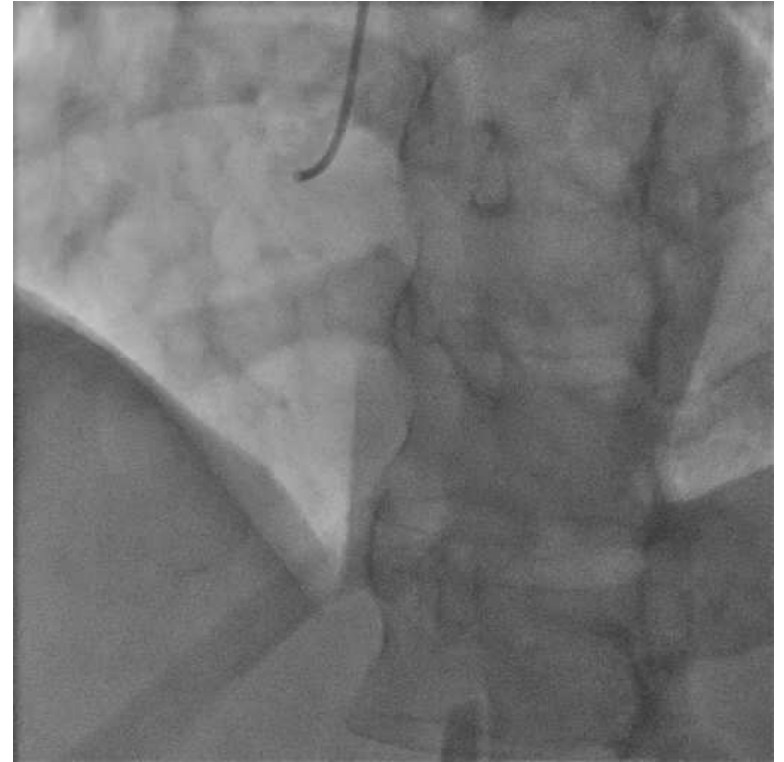
Examen clinique : Tension artérielle 155/84, fréquence cardiaque 75/min

ECG : RS sans trouble de repolarisation

Echographie montre une fraction d'éjection préservée sans trouble de cinétique segmentaire. Pas de valvulopathie mitro aortique significative. Cavités droites non dilatées sans HTAP. Péricarde sec.

Coronarographie diagnostique par voie radiale droite 5F le **27.09.21**

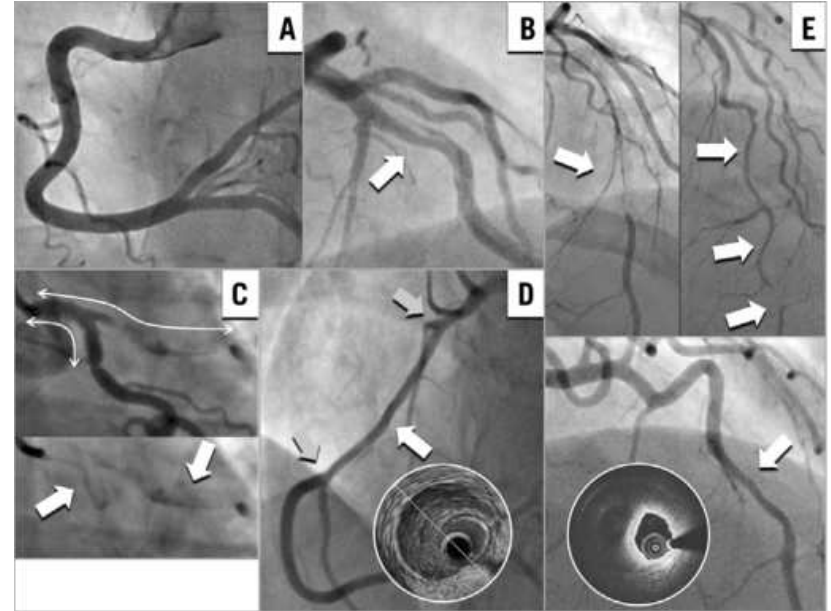
Coronarographie diagnostique J3



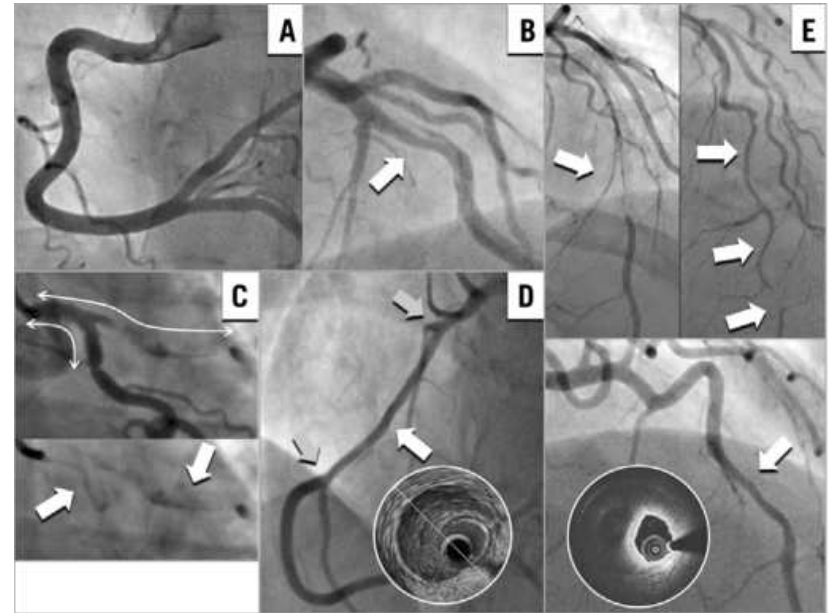
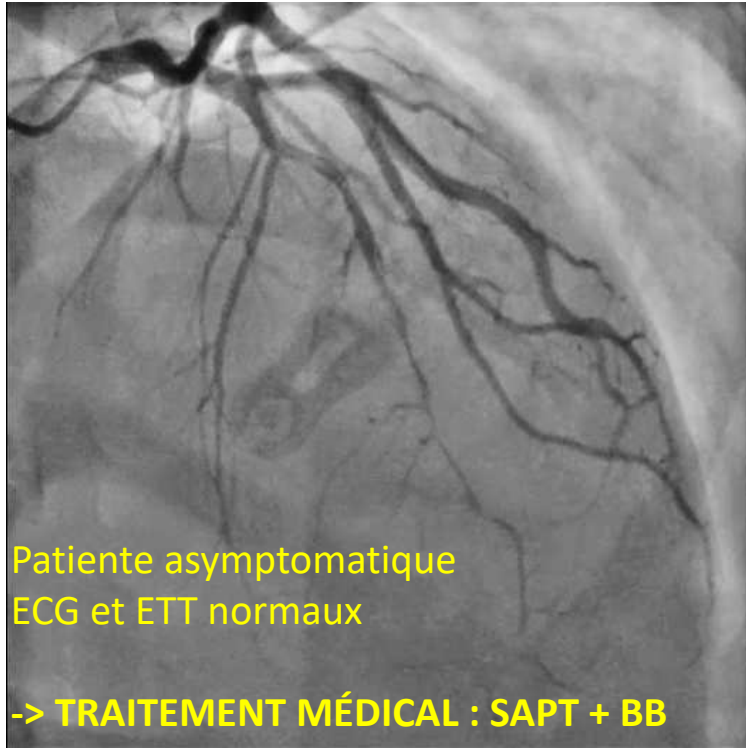
Coronarographie diagnostique J3



Coronarographie diagnostique J3



Motreff, Eurointervention 2017



Motreff, Eurointervention 2017

Suites simples

Pic de troponine 6000 Ui – Pic CPK 545.

Echographie : minime hypokinésie apicale

Puis le **01.10.21 (J4)**

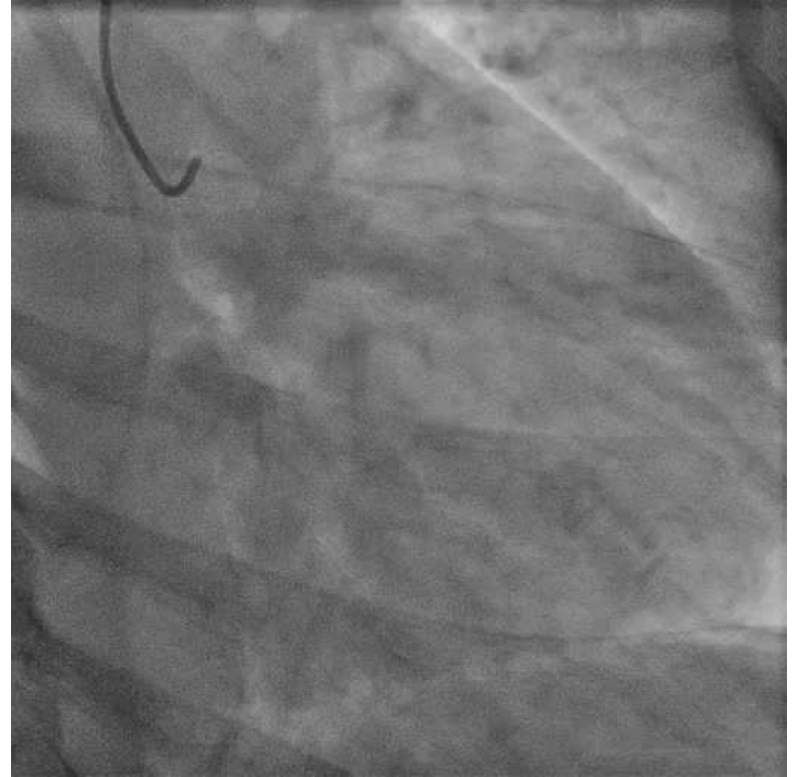
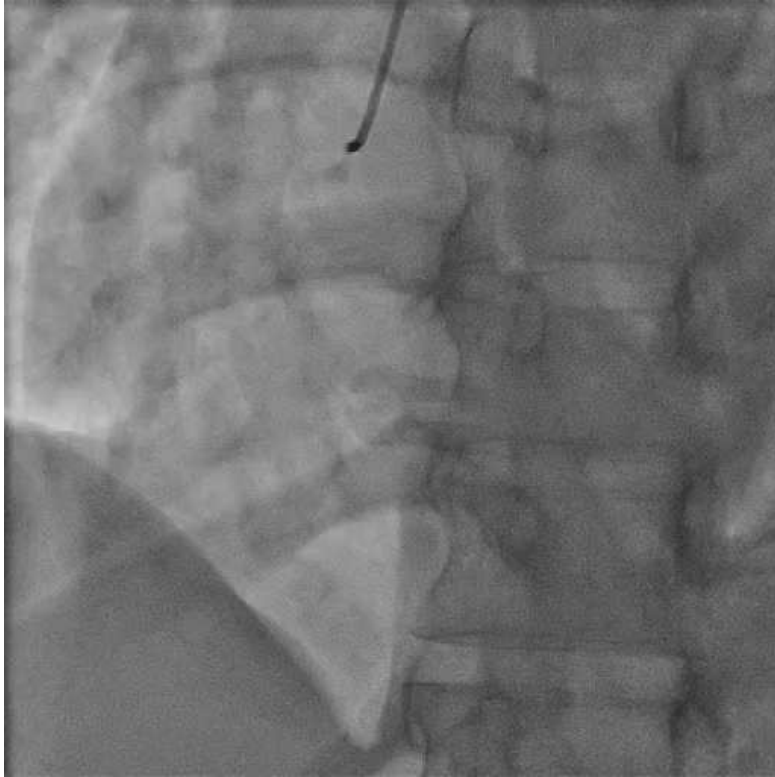
Récidive douloureuse

ECG : Onde de Pardee en antérieur et inférieur

ETT: idem



Un pétard à J4



Un pétard à J4



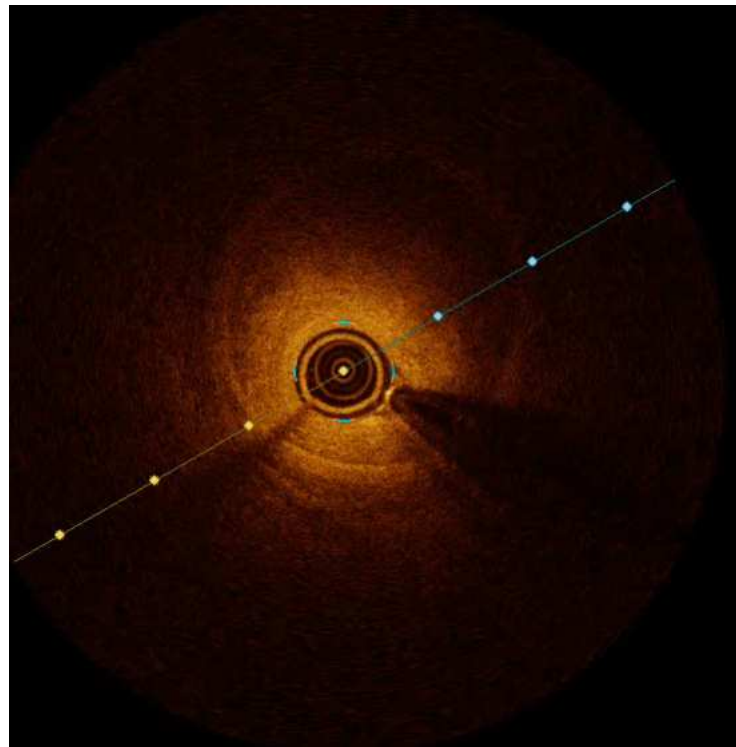
Aggravation SCAD IVA avec flux TIMI 0

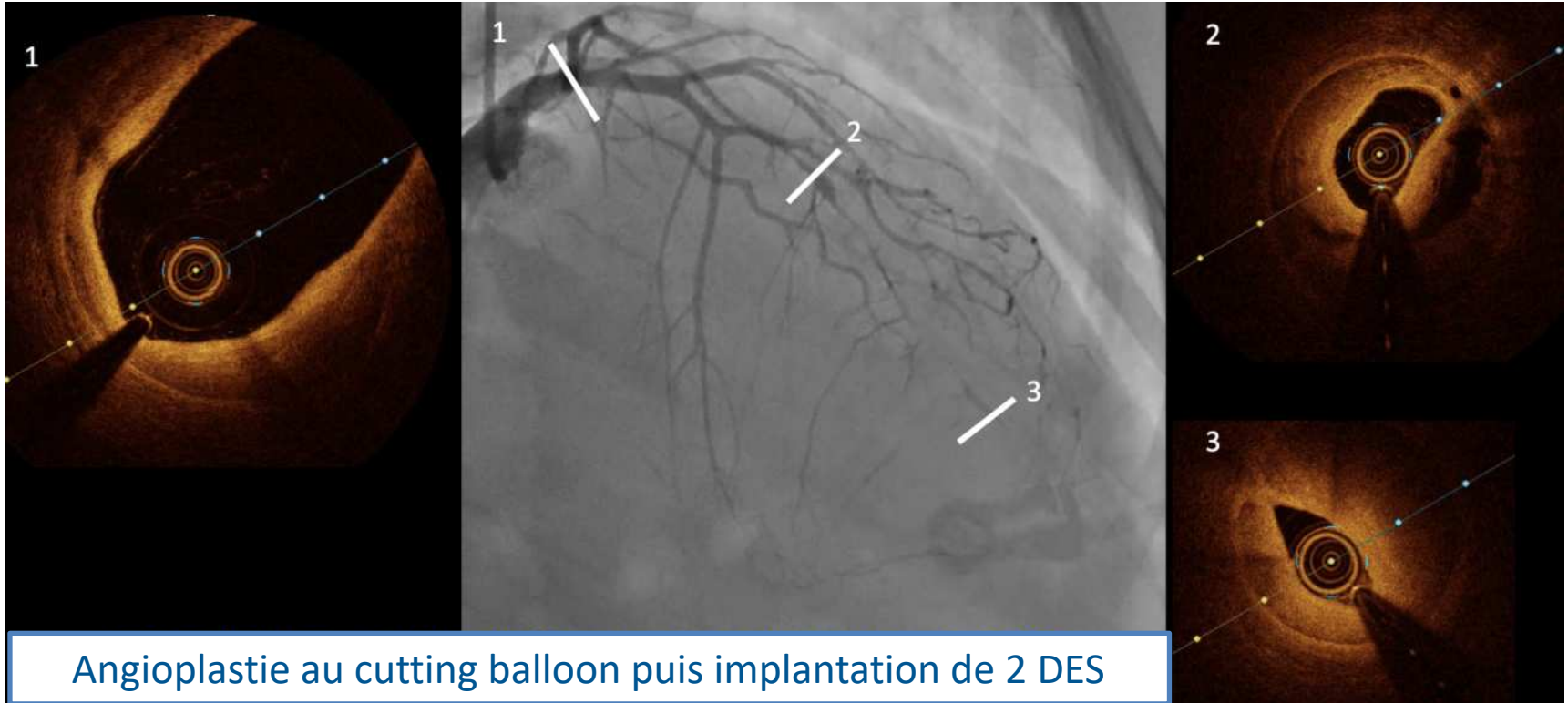
Apparition d'une SCAD coronaire droite
flux TIMI 3

Que faire?

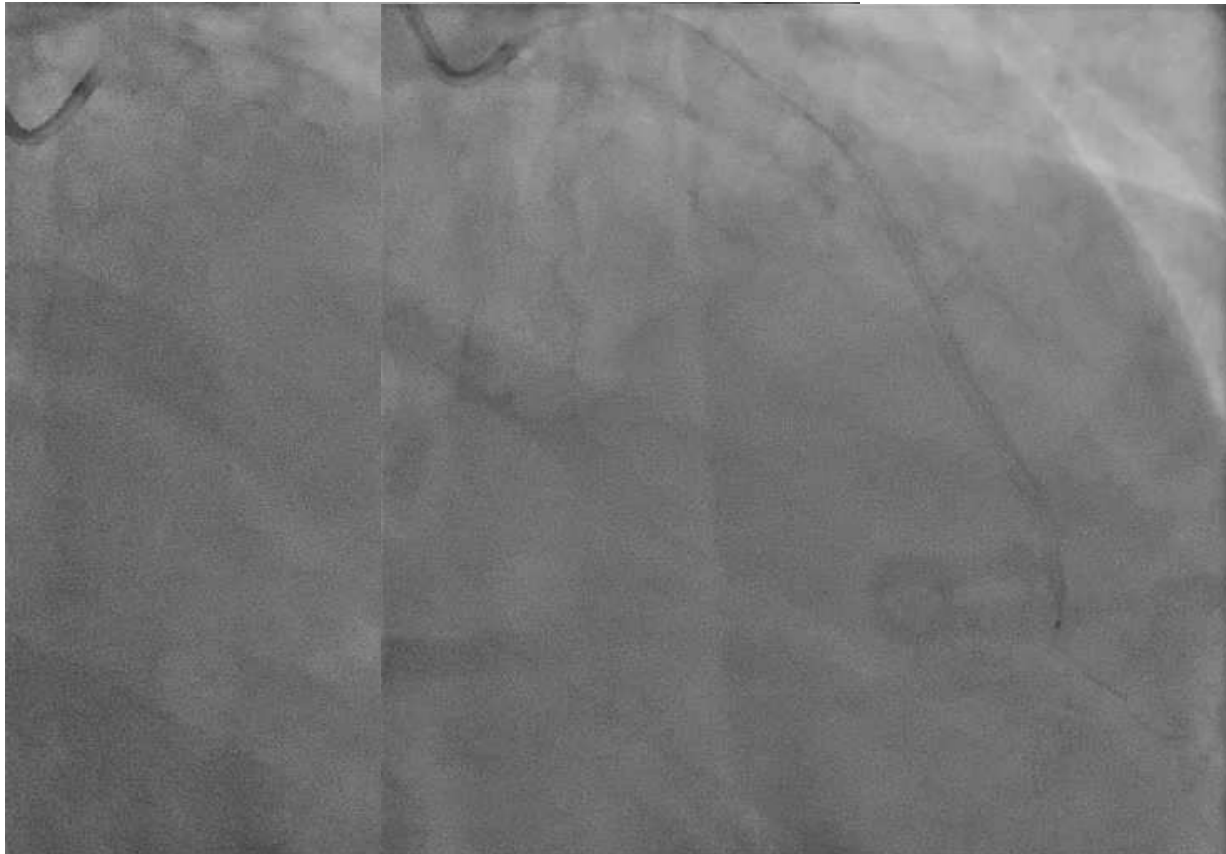
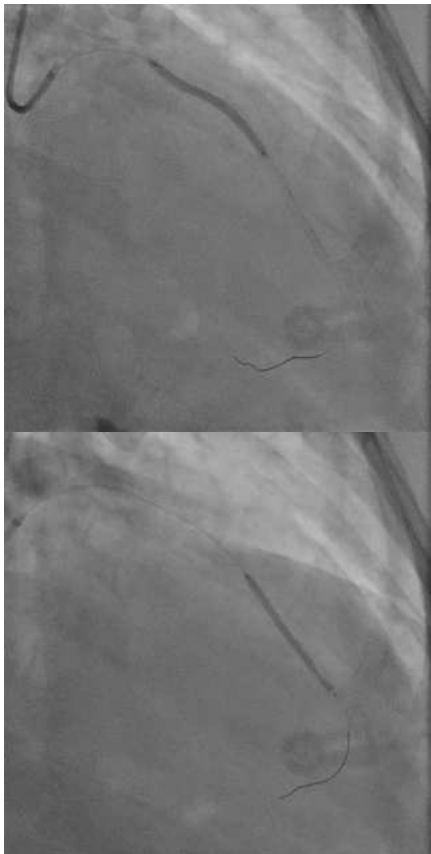
**Décision de réaliser une ATL de
l'IVA sous guidage OCT**

Un pétard à J4





Un pétard à J4



Amélioration clinique

Suites simples
Pic de CPK 480

Echographie : FE 50%, akinésie apicale

Contrôle programmé pour la coronaire droite en intra hospitalier

Poursuite DAPT et BB



Mais...

Le **05.10.21 (J8)** à 5h00 du matin

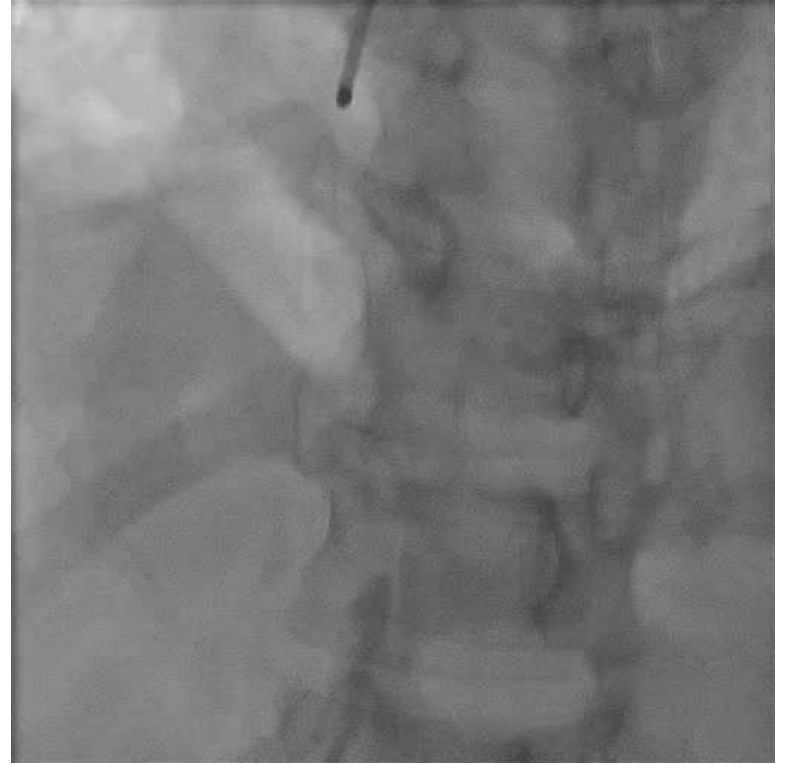
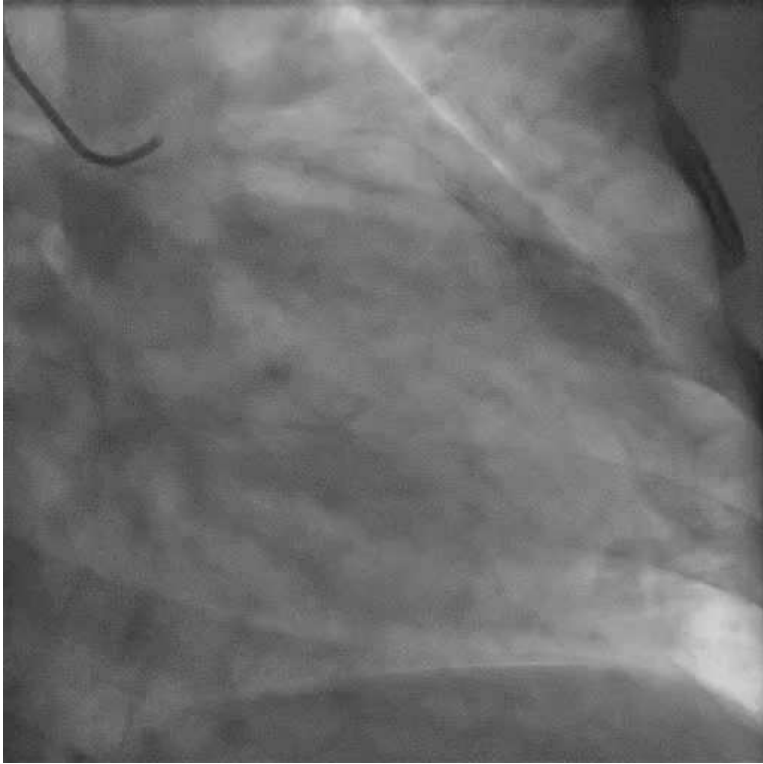
Patiente hyperalgique

ECG : sus décalage en inférieur

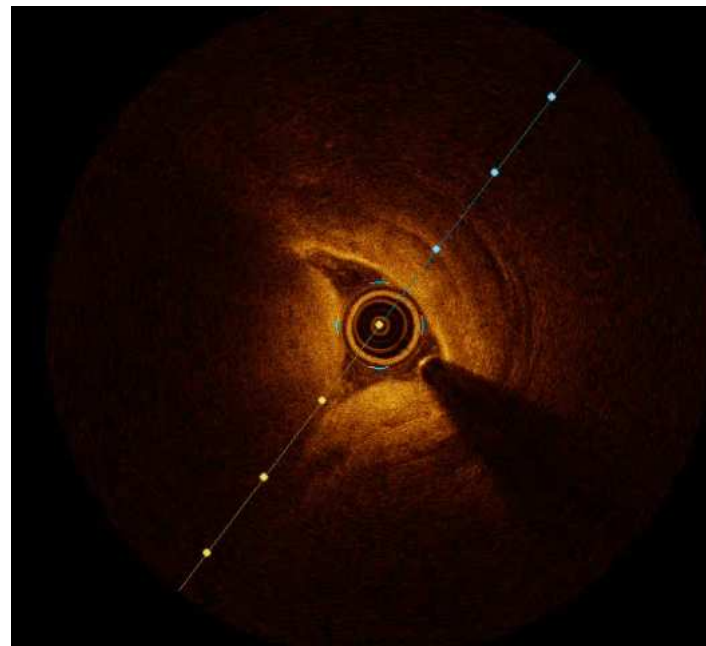
Echographie : hypokinésie apicale + akinésie inférieure



Une dynamite à J8



Une dynamite à J8

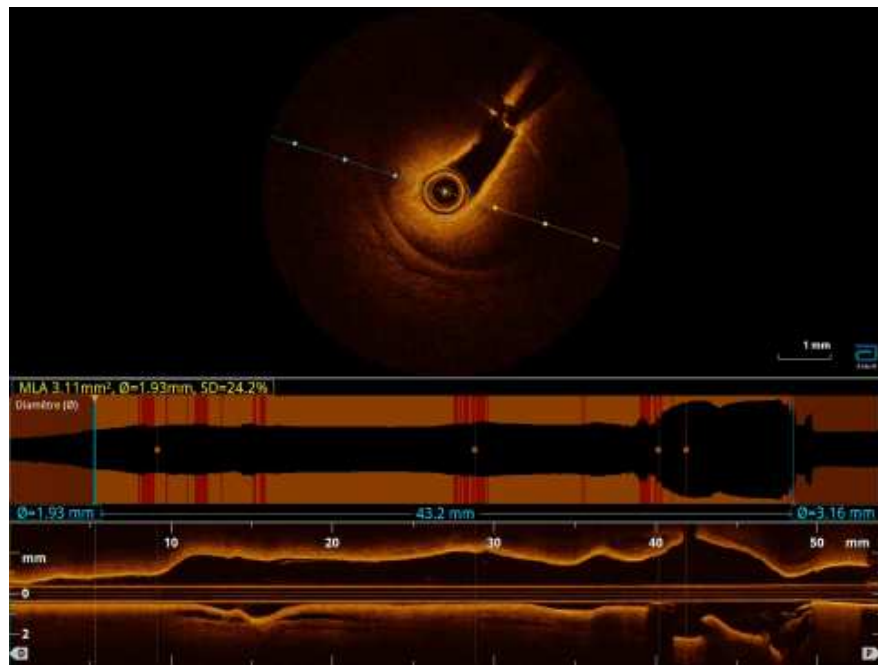


Pullback distal

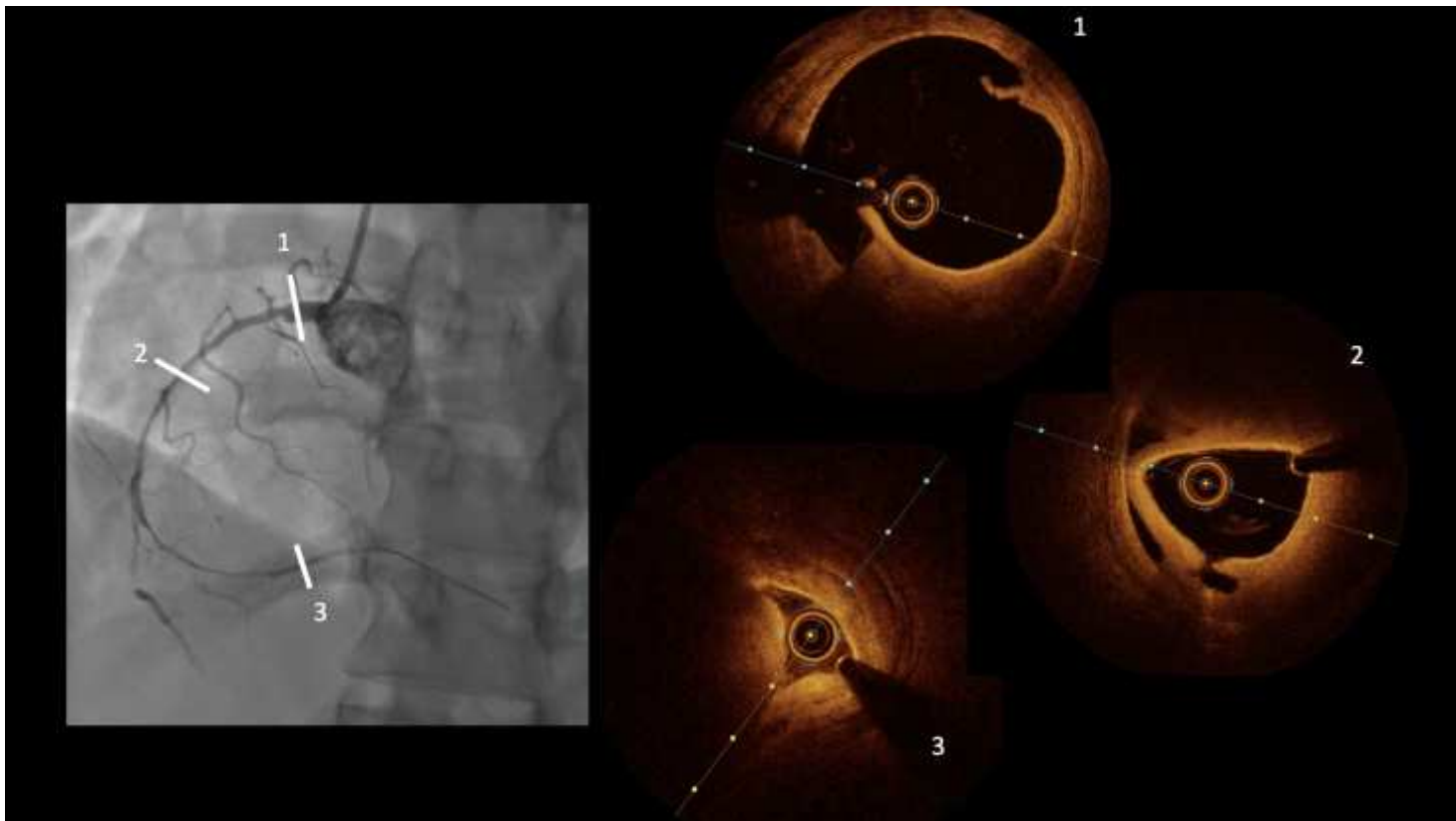
Une dynamite à J8



Pullback proximal

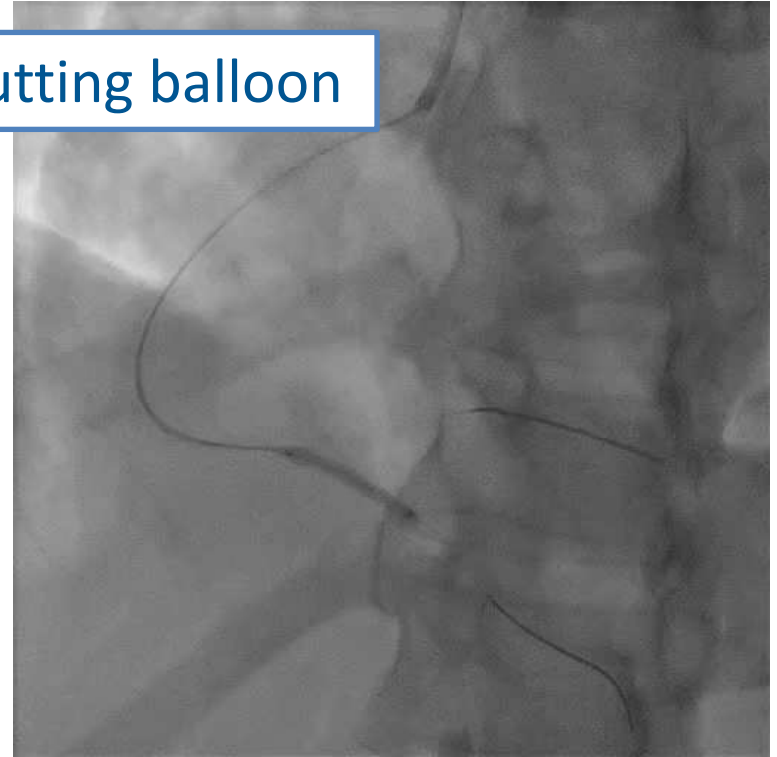
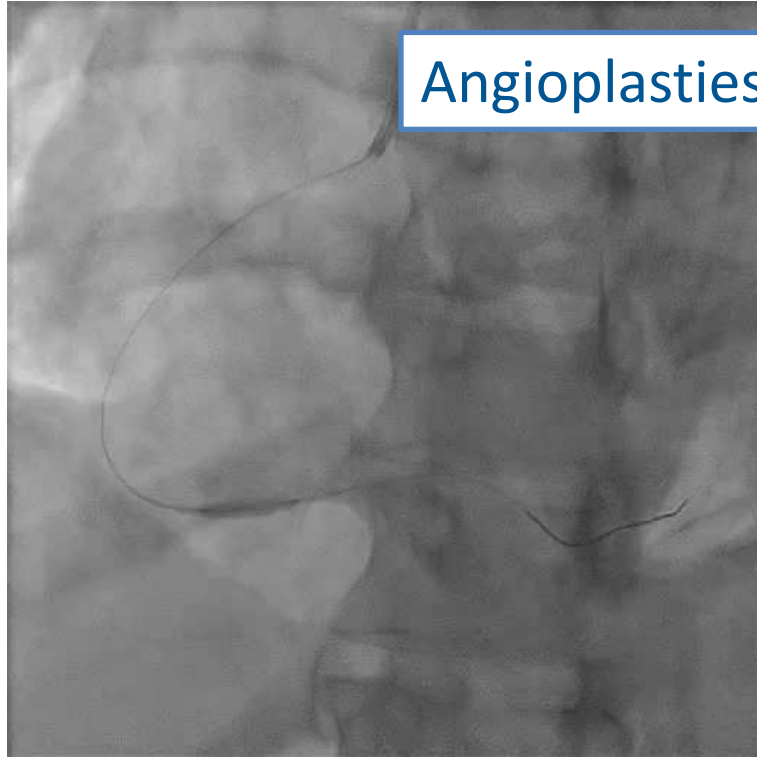


Une dynamite à J8

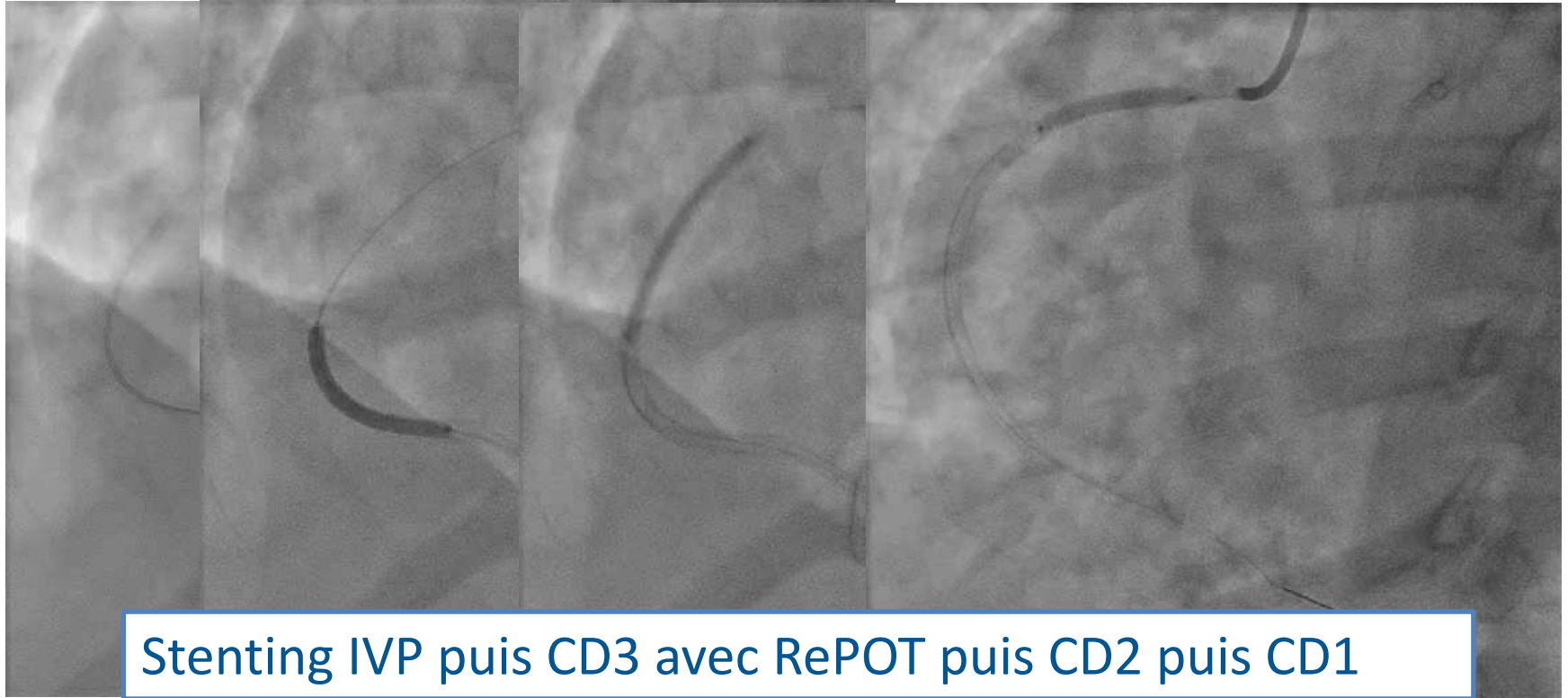


Une dynamite à J8

Angioplasties au cutting balloon



Une dynamite à J8



Une dynamite à J8



Amélioration clinique

Pic de CPK 3700

Echographie : FE 40%, akinésie apicale et inférieure

Apparition d'un **thrombus apical**

Nécessité d'introduire un traitement anticoagulant par HNF (DAPT + HNF)...



L'explosion de trop à J10

Mais...

Le **07.10.21 (J10)**



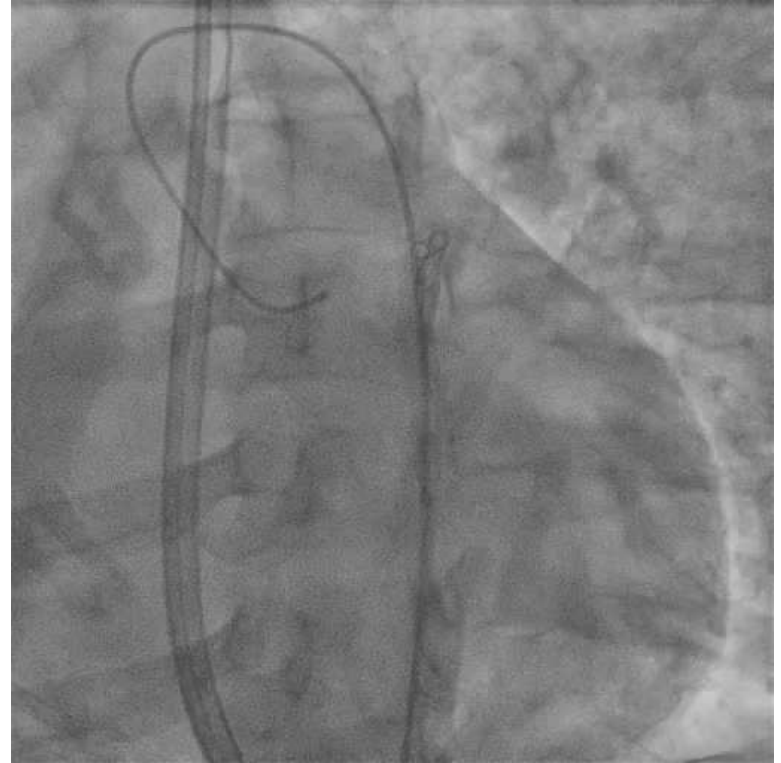
Bradycardie puis arrêt cardiaque (0 min de no flow, 37 min de low flow)

Mise en place en chambre d'une ECLS fémoro fémorale

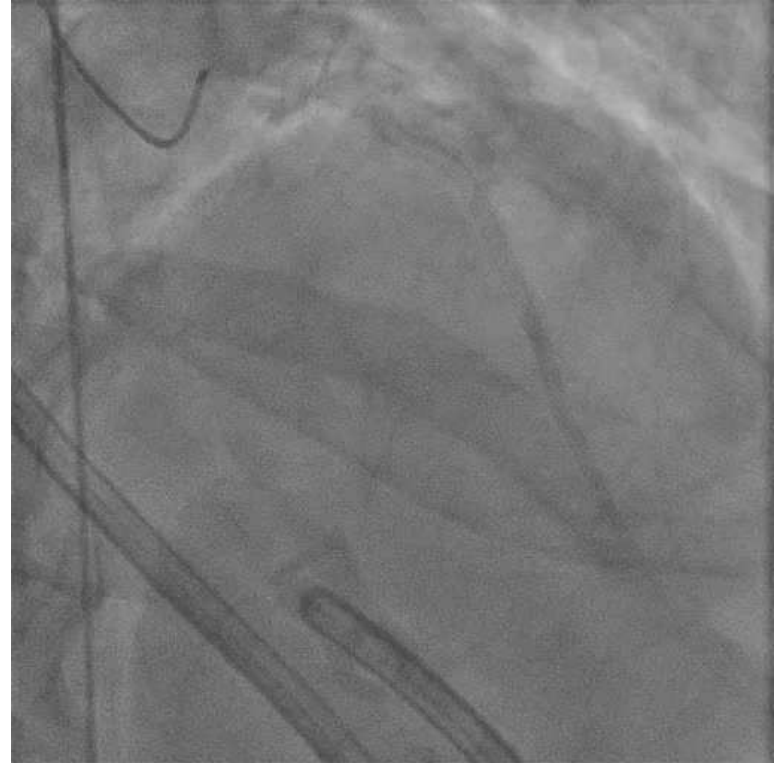
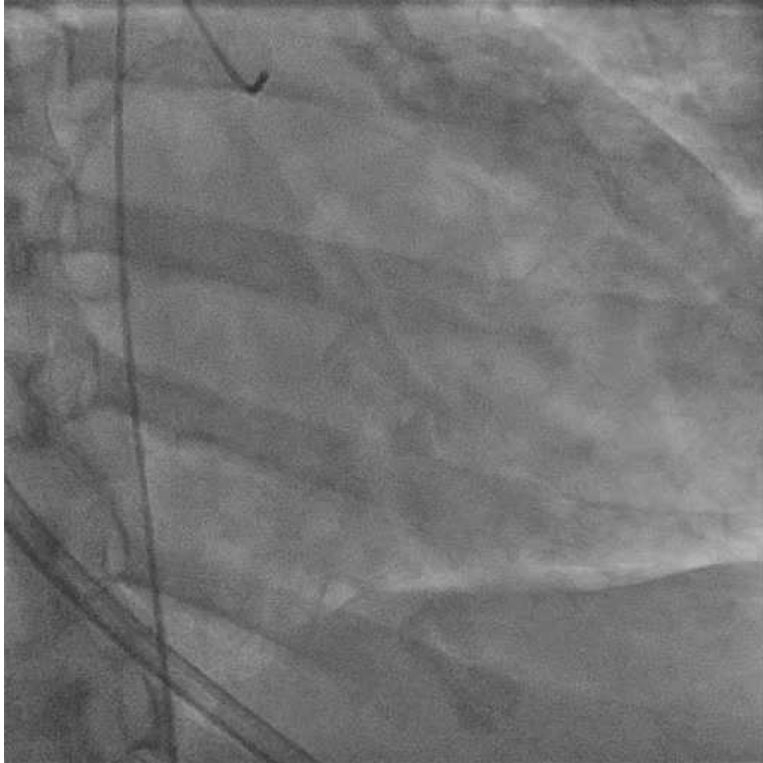
TDM cérébral en urgence devant la forte suspicion d'AVC du tronc cérébral : RAS

Contrôle coronarographique

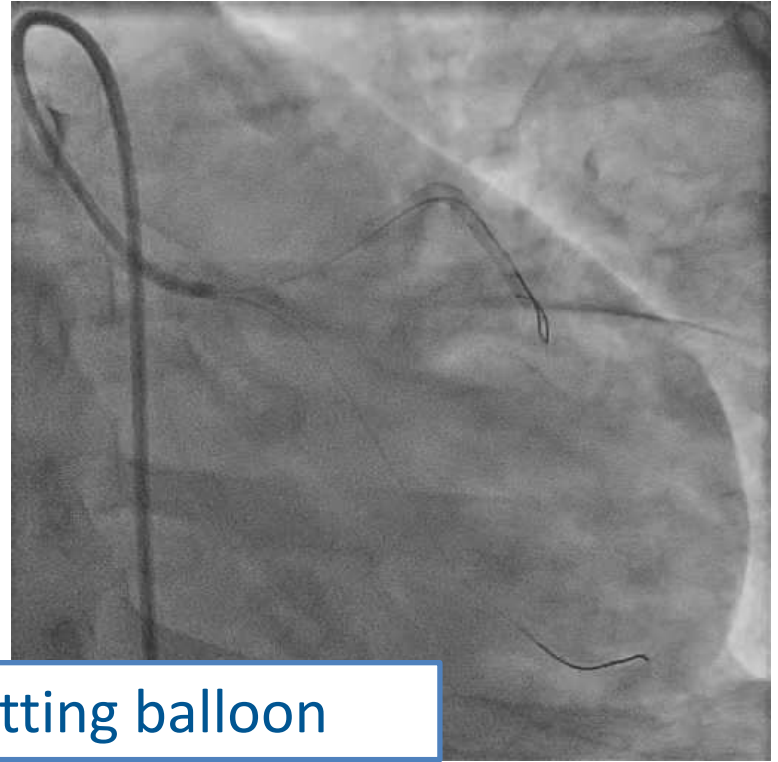
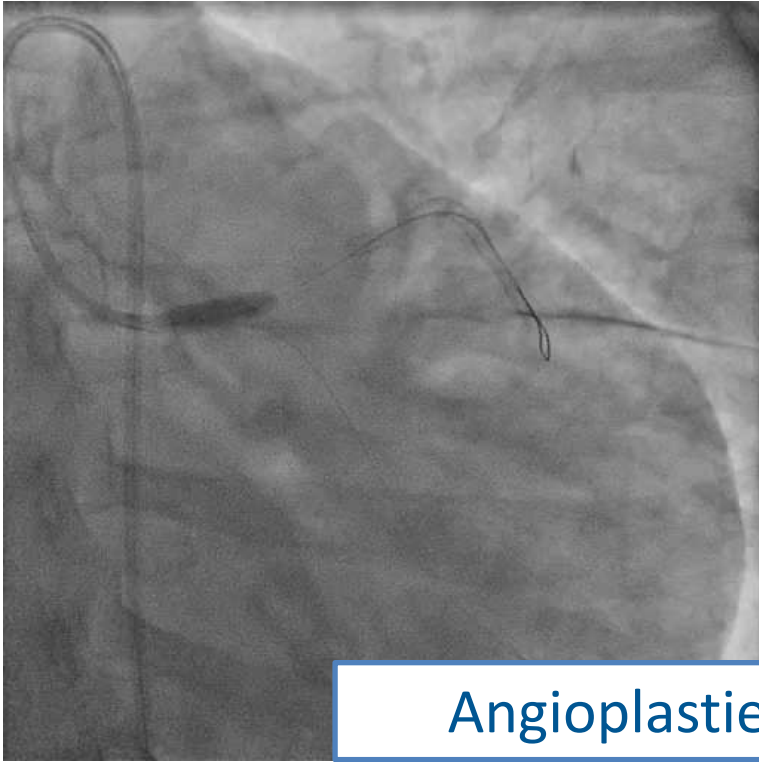
L'explosion de trop à J10



L'explosion de trop à J10

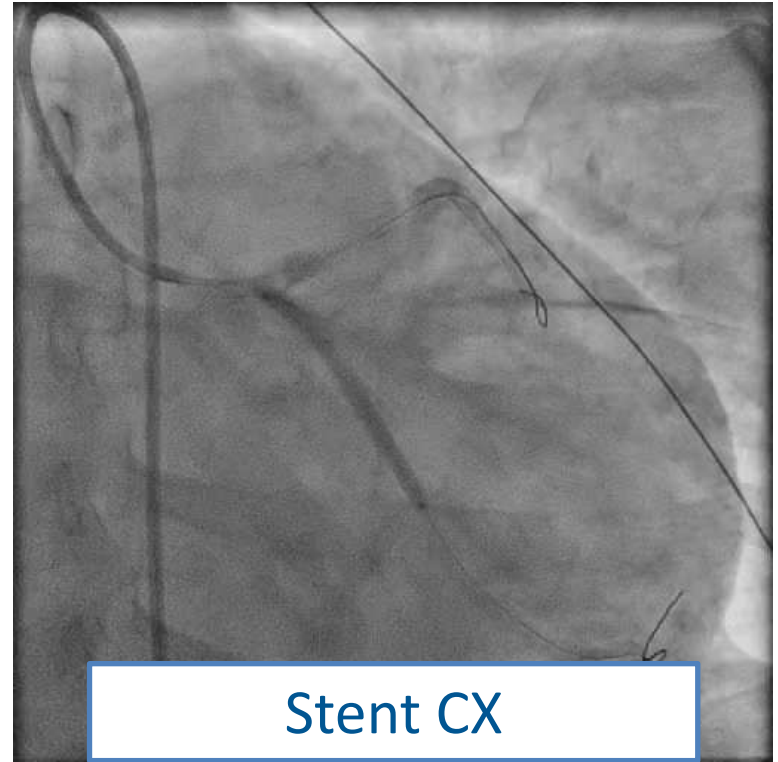
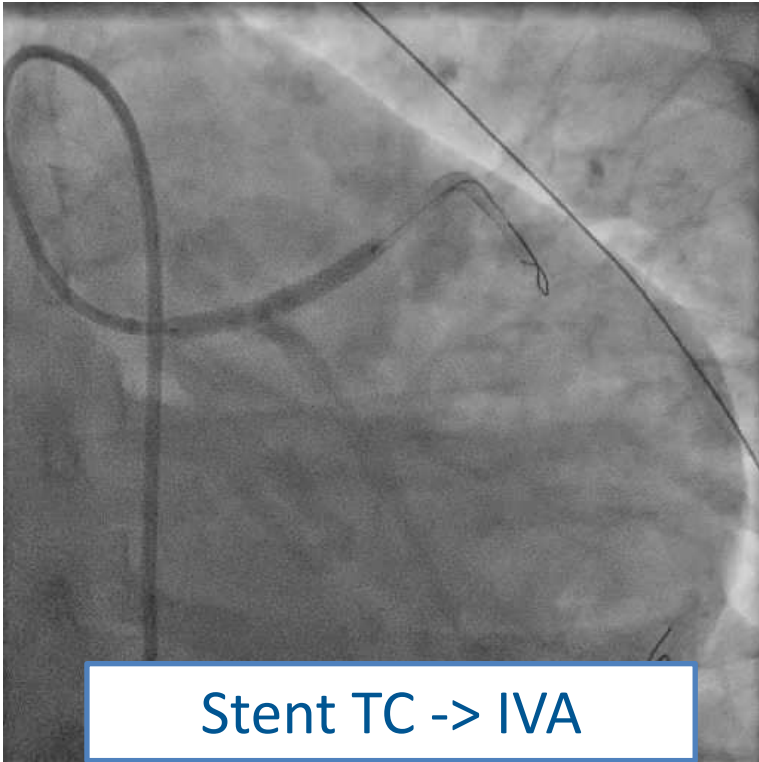


L'explosion de trop à J10



Angioplastie au cutting balloon

L'explosion de trop à J10



L'explosion de trop à J10



Transfert en réanimation de chirurgie cardiaque

Décharge gauche par thoracotomie + reperfusion du membre inférieur gauche

Thrombose du culot aortique (pas d'éjection)

Défaillance multi viscérale corrigée difficilement

TRANSPLANTATION CARDIAQUE le 12.10.21 (J15)

Réveil pathologique +++ sur les lésions cérébrales punctiformes hémorragiques diffuses

Sortie en service le 15.11.21. - Sortie en convalescence le 20.12.21

Appel téléphonique le 18/01/24

Asymptomatique

FEVG normale. Aucun signe de rejet

Jumeaux en pleine forme... un peu trop selon elle!

Qu'en conclure ?

- **SCAD peri partum rare** (4.4% dans DISCO) mais **formes souvent graves**
- Transfert USIC / centre de référence en cas de suspicion de SCAD peri partum
- Surveillance rapprochée avec hospitalisation parfois prolongée malgré le contexte
- Favoriser le **traitement conservateur** +++ mais évolution parfois imprévisible
- PCI délicate – Nécessité d'un **guidage par imagerie endocoronaire** +++
- En cas « d'orage » de SCAD, penser à l'assistance circulatoire et à la transplantation