



PALAIS DU PHARO
• MARSEILLE •

24 • 25 • 26
JANVIER 2024

WWW.HIGHTECH-CARDIO.ORG

Angioplastie du tronc coronaire gauche: « toujours progresser »

« Quand le tronc est calcifié »

P.Commeau

Polyclinique Les Fleurs

Ollioules

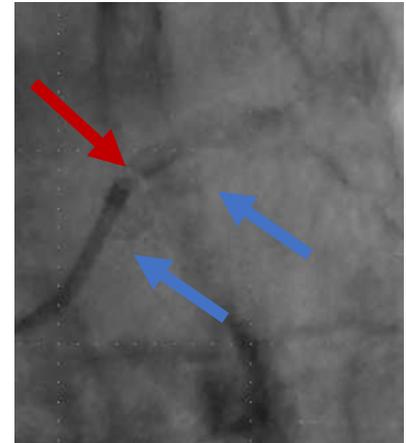
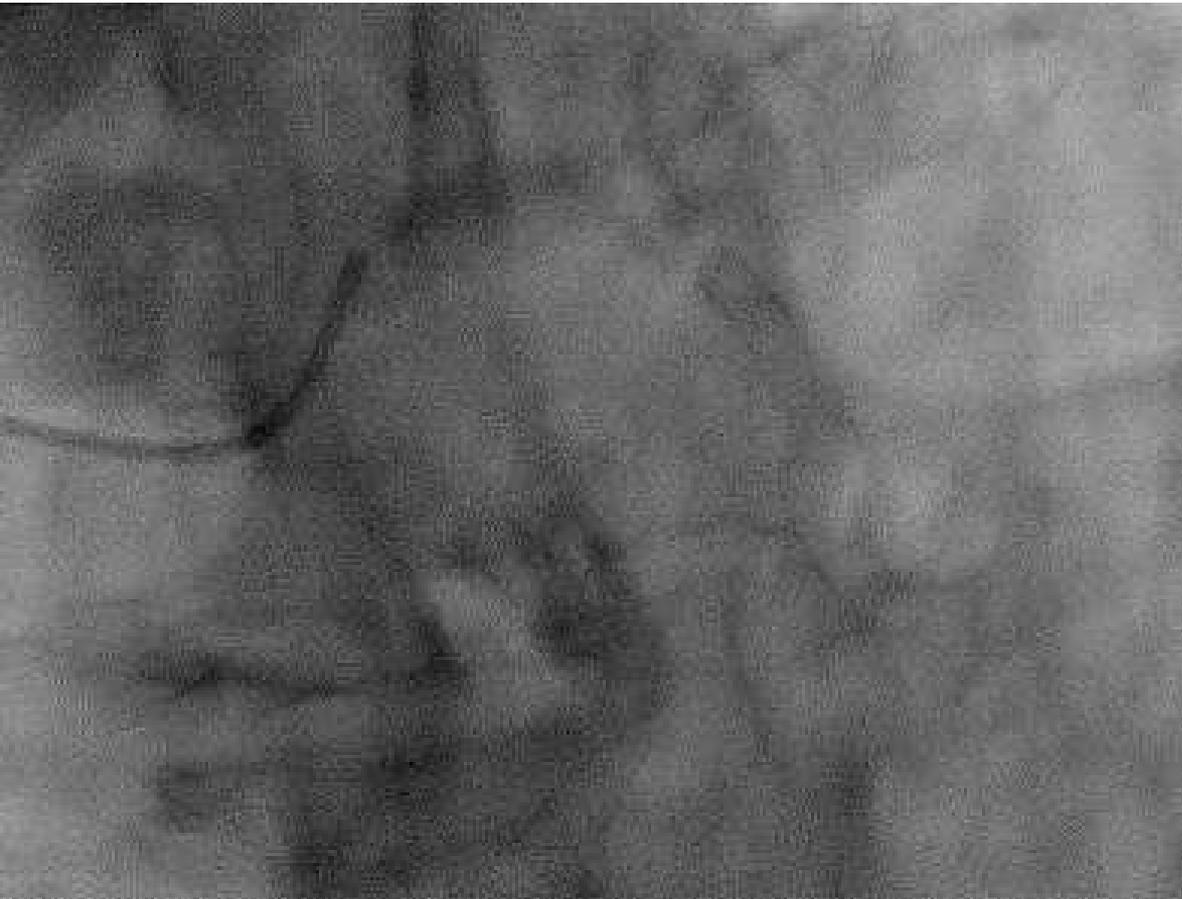


1. Pas de conflit d'intérêt en rapport avec la présentation



Les buts

- Succès procédural obligatoire ... alors que le risque d'échec et de complications élevé
- Ne pas perdre la branche fille et donc opter pour la technique d'angioplastie de bifurcation que l'on maîtrise
- Couvrir l'ostium mais pas trop...
- Penser au collègue qui ré-interviendra

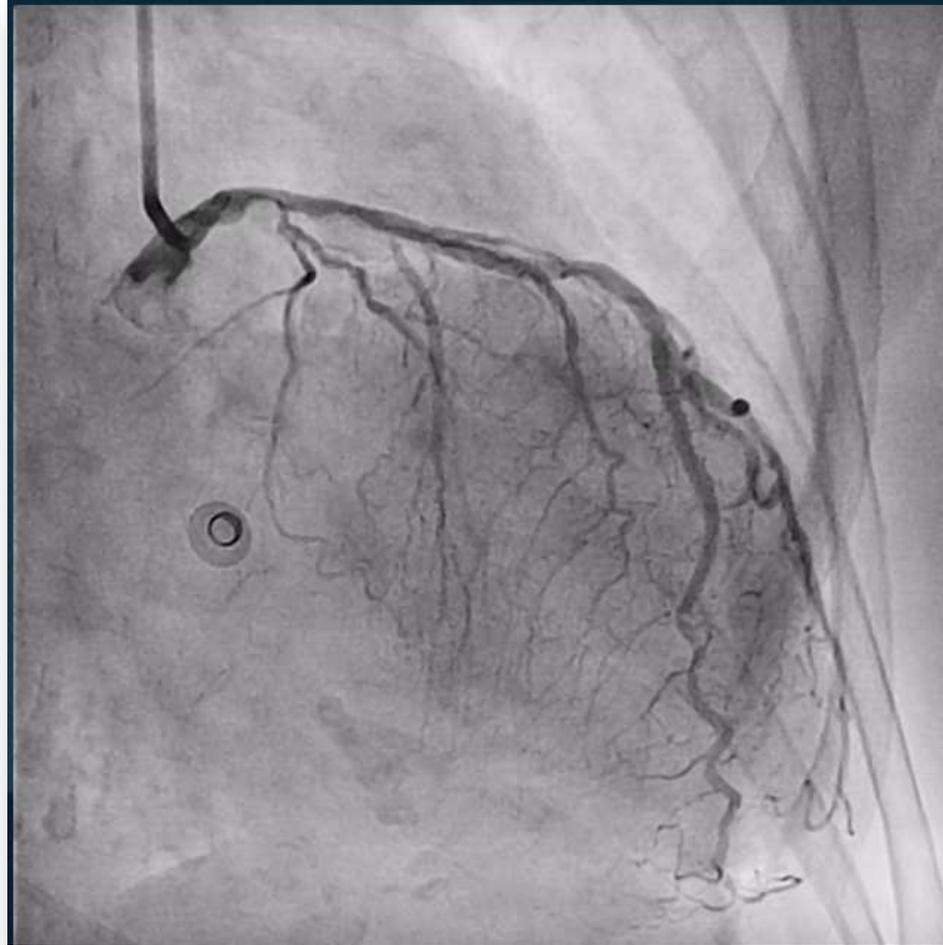




Les moyens

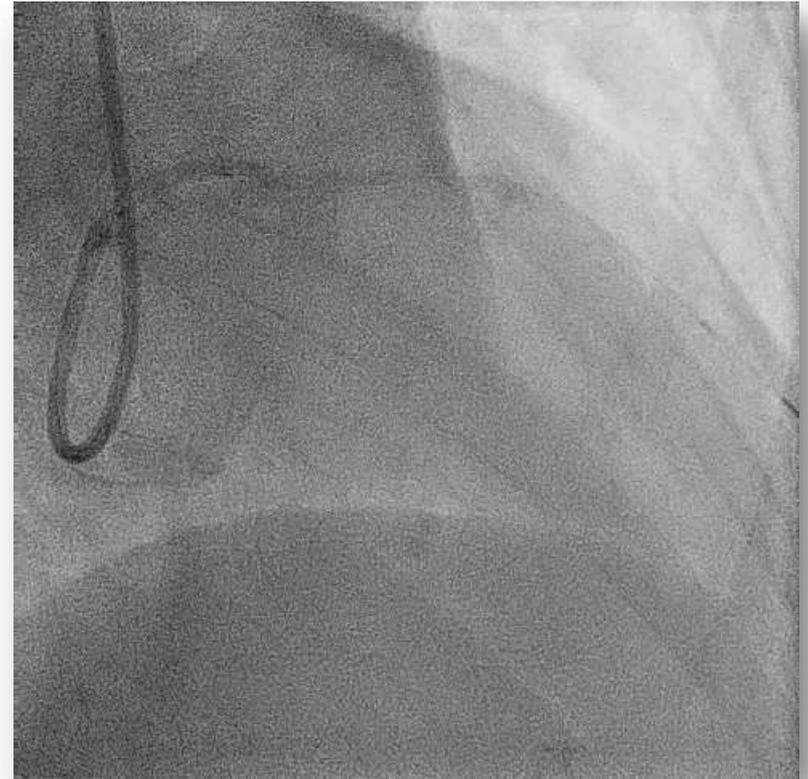
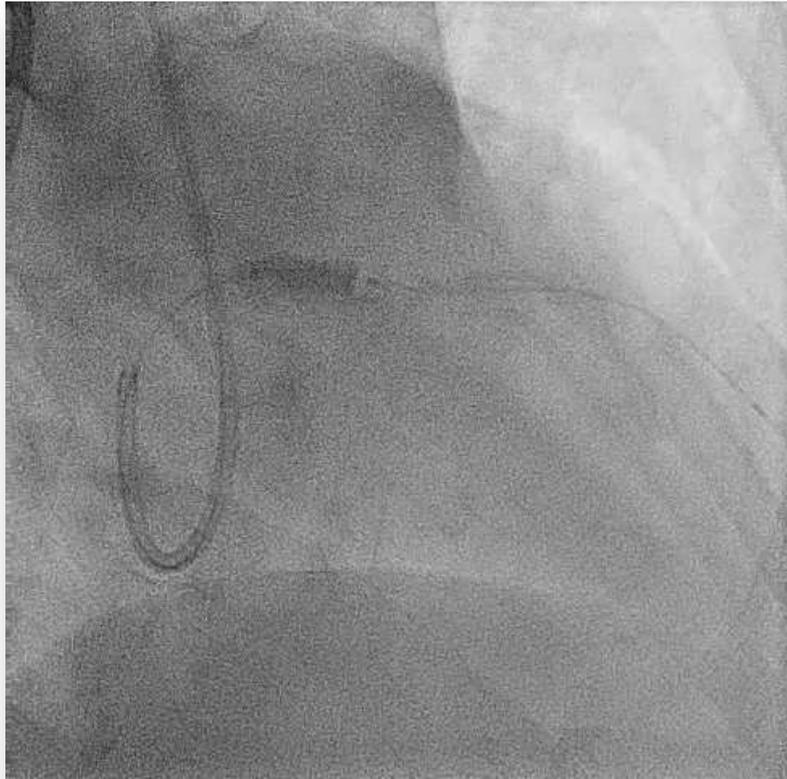
- Éviter l'ad hoc pour réfléchir à sa technique
- Athérectomie (souvent)
- Imagerie intravasculaire (si possible)
- Réhaussement de stent (toujours)
- Stent résistant à la compression (de préférence)

ACT TC calcifié



ACT TC-IVA

Post-dilatation avec BNC(4.0 x 12 mm)

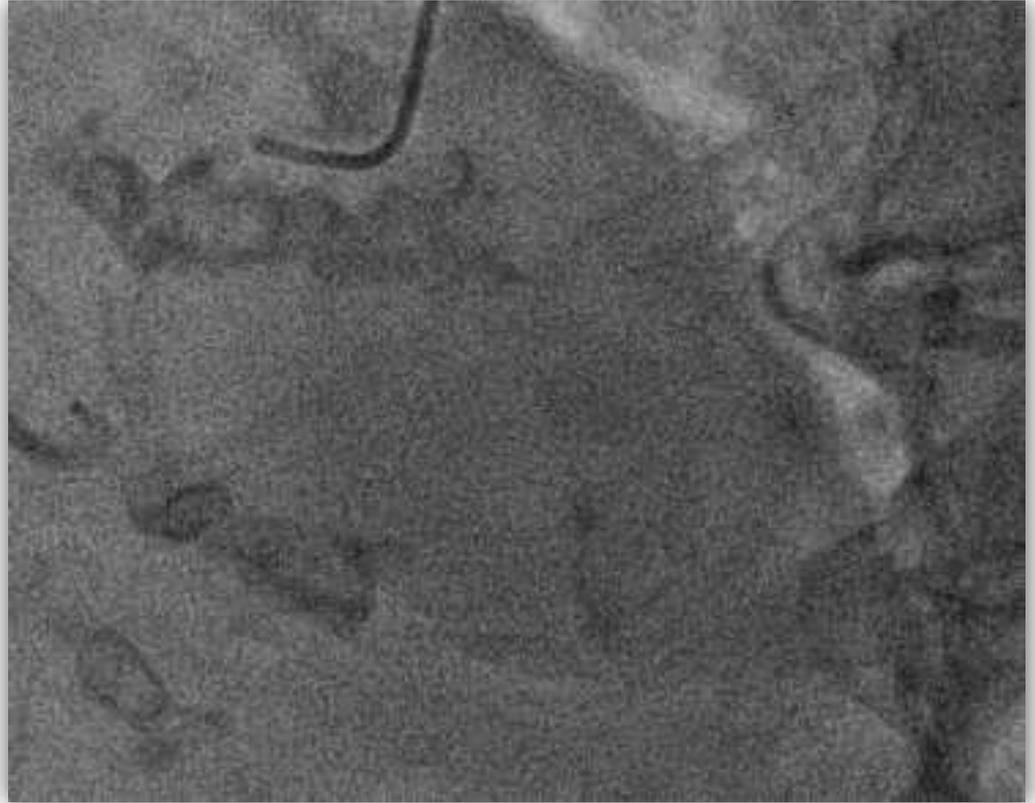
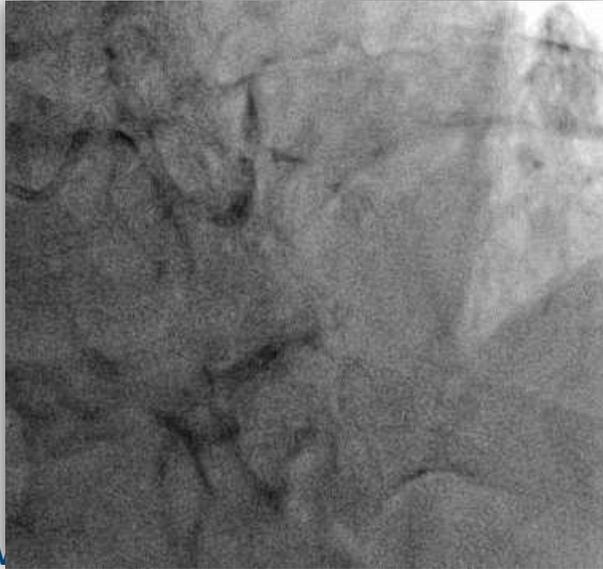
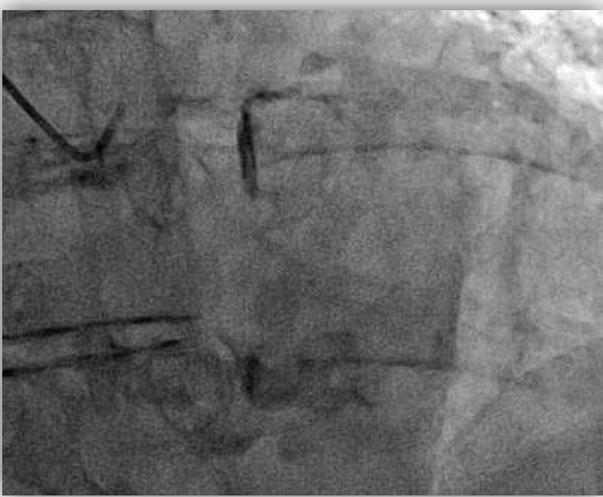




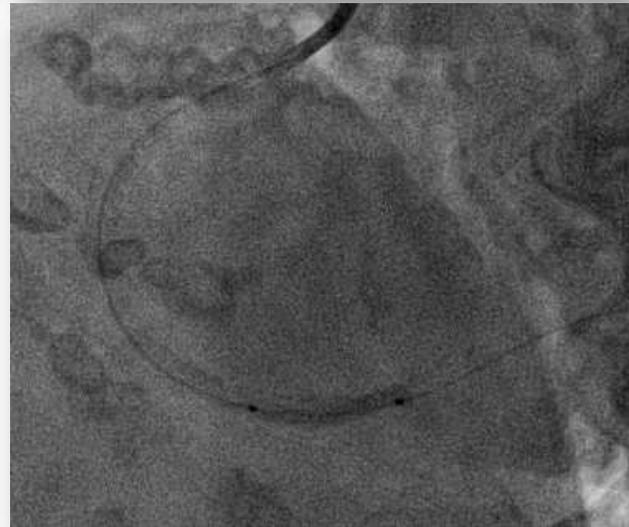
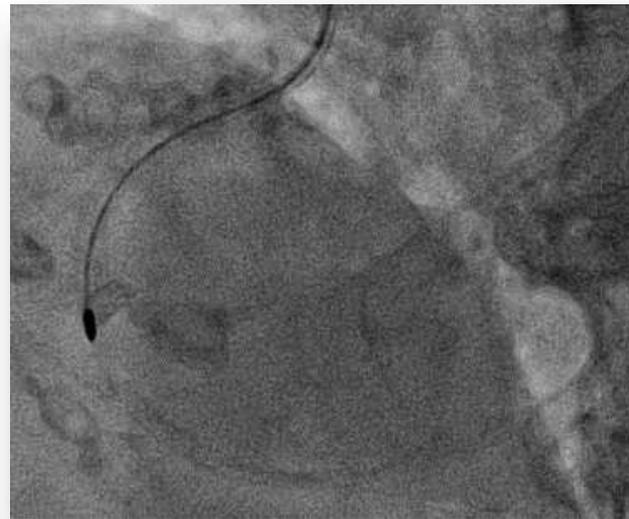
Mes incontournables

- 7F (ou sheathless 7.5F)
- 15 i/s et scopie forte
- Incidences:
 - Pour ne pas rater l'ostium: spider, OAG simple, OAD-AP crâniale
 - Pour la longueur du stenting: OAD-AP caudale
- AL ou XB courte pour être non sélectif
- Utilisation de prolongateur de KT si besoin ensuite
- 2 guides (couleur #)
- Quelque soit la technique de stenting utilisée :
 - Finir par POT

Cas N@1: ♀ 92 ans, AE-DE st III

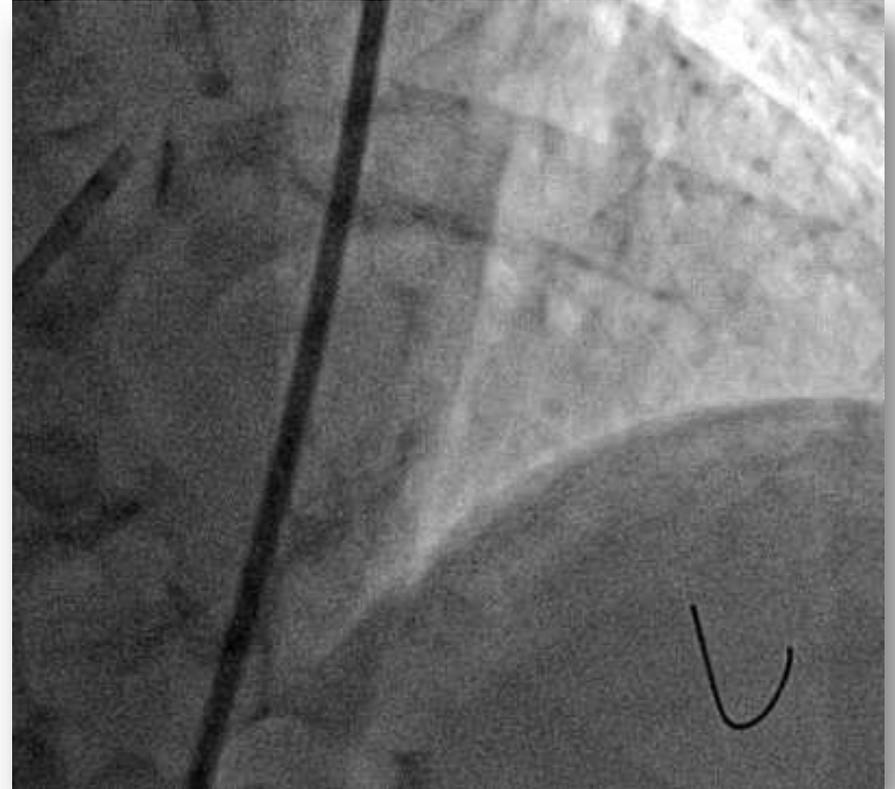


Cas N@1: CD en 1^{er}

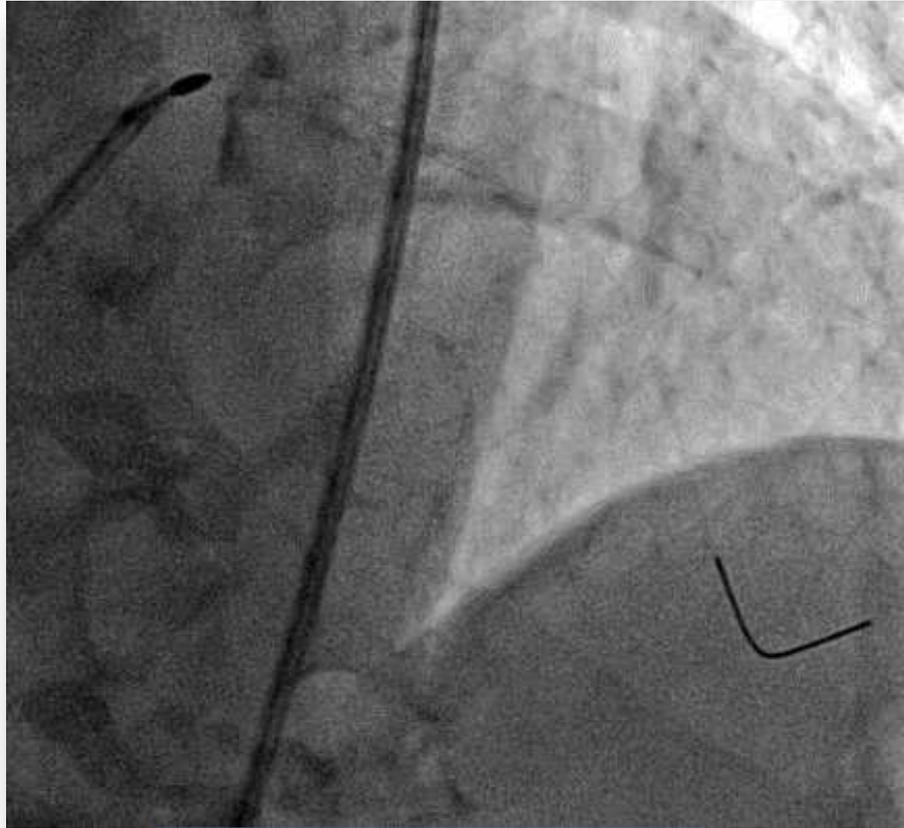


Cas N@1: ACT TC dans un 2nd temps

1. Franchissement du guide
2. Non franchissement d'un ballon de 1.5 mm
3. Que faire?

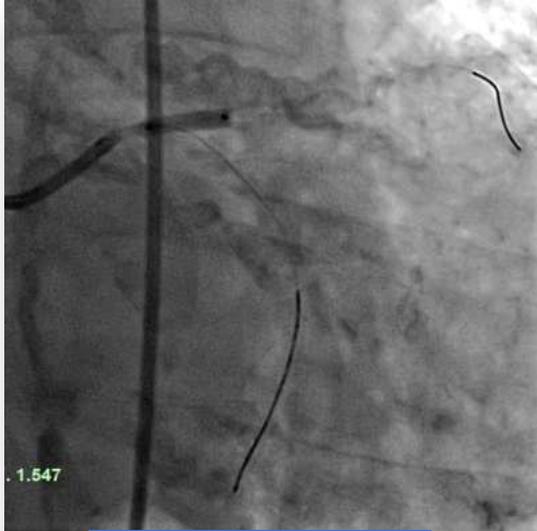


Cas N@1: ACT-TC

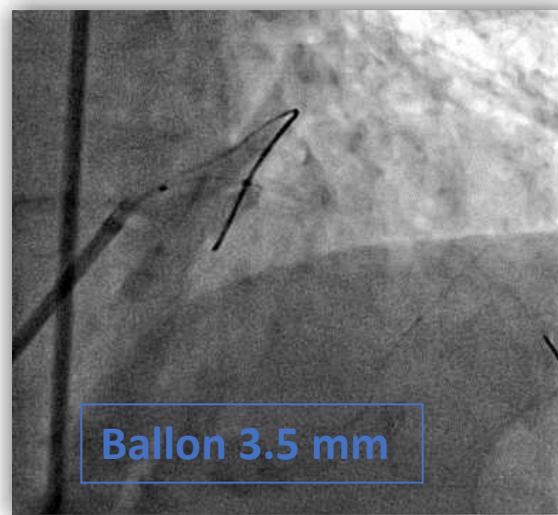


Rotaburr 1.25 puis 1.75 mm

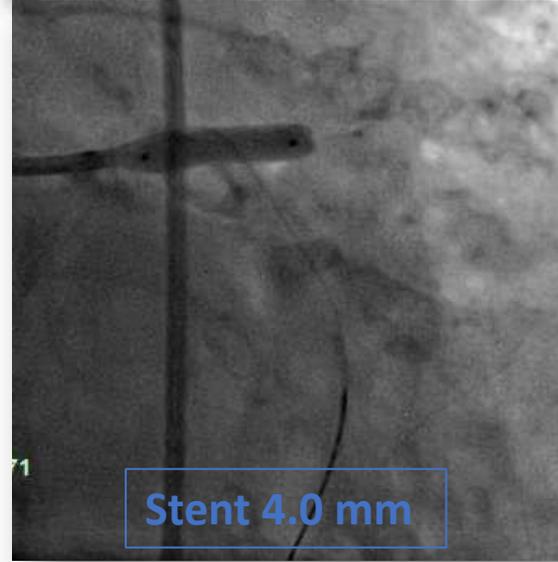




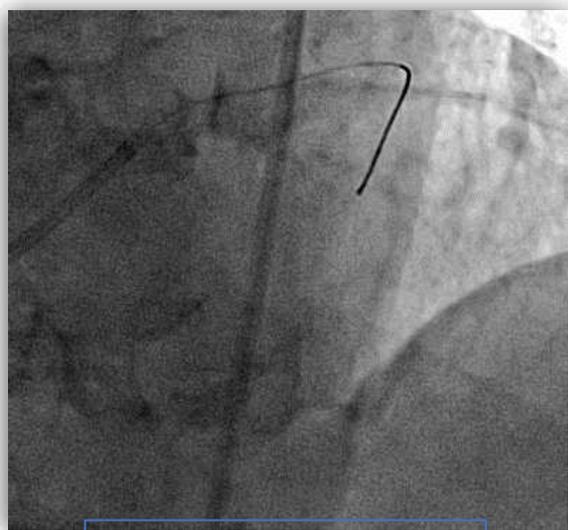
Ballon 3.0 mm



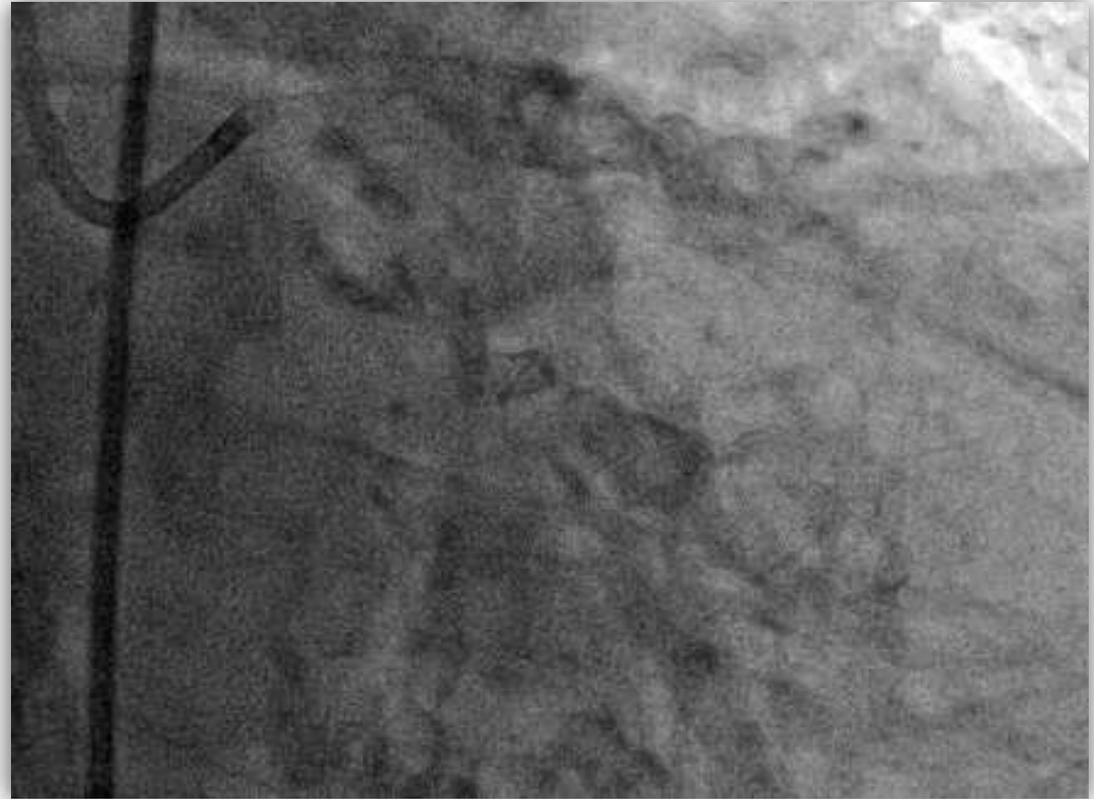
Ballon 3.5 mm



Stent 4.0 mm



Après POT 4.5mm



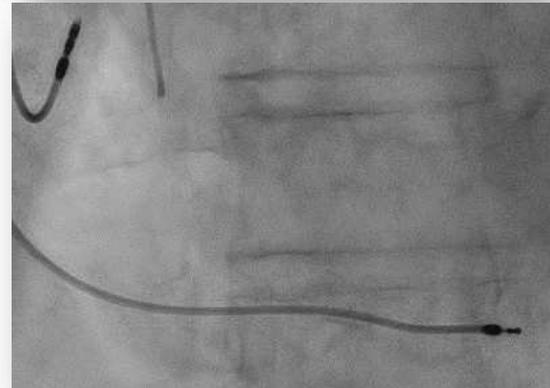
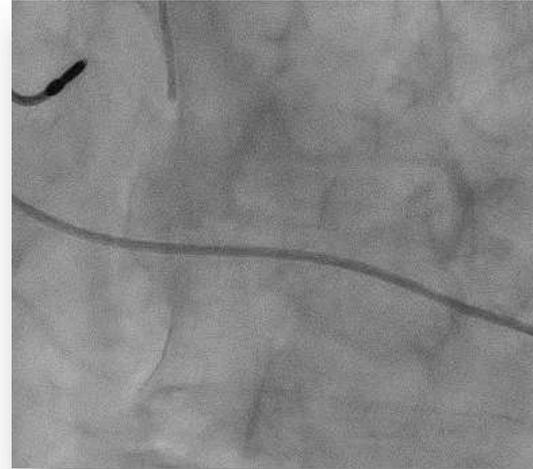
Résultat final

Cas N@1 : conclusions

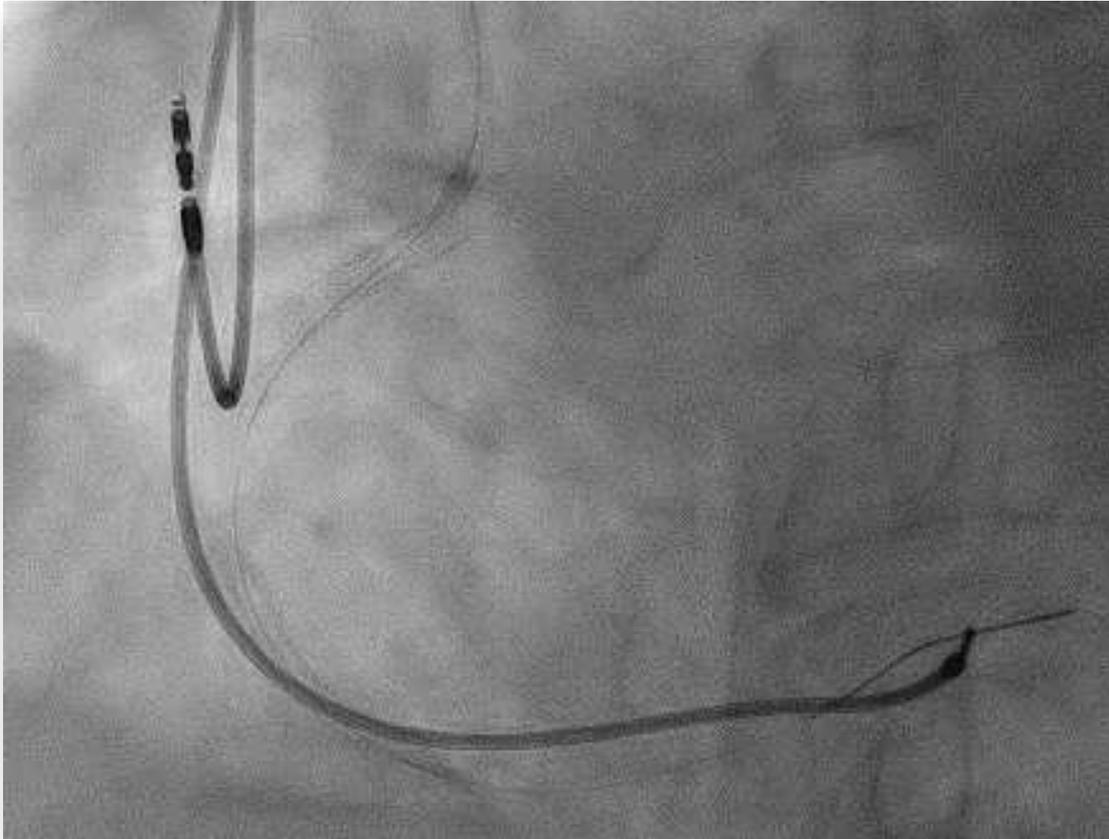
- Rota d'emblée avec diamètre croissant
- Réduction de l'amplitude de la zone et de la vitesse de fraisage (# effet IVL)
- Inflation basse pression peu délabrante
- Stenting TC-IVA provisional avec POT
- Pas de geste complémentaire



Cas N@2 : Bilan Pré TAVI

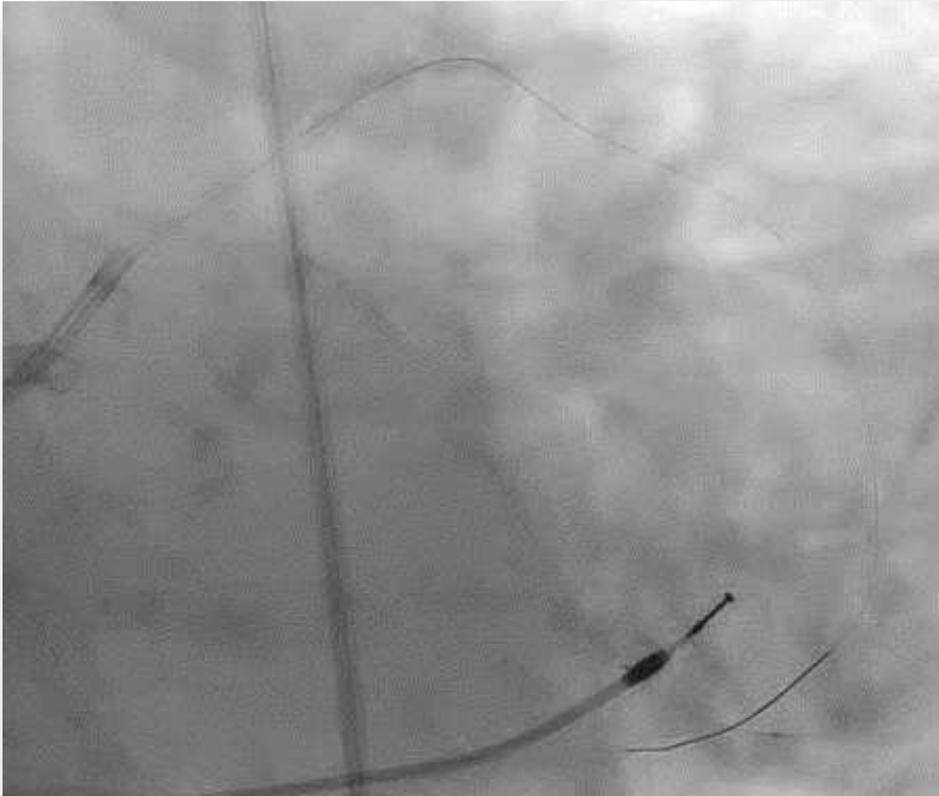


Cas N@2: ACT CD -TC en 2 temps



- Stenting CD1 après pré-dilatation

Cas N@2: ACT CD -TC en 2 temps

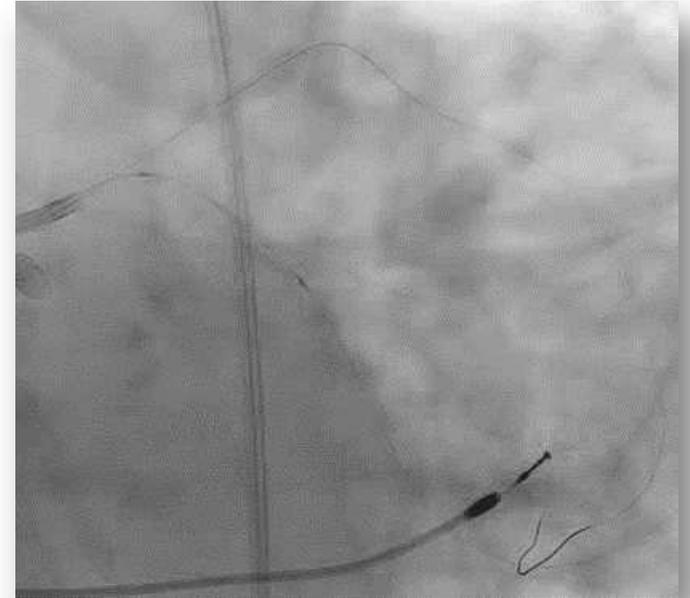
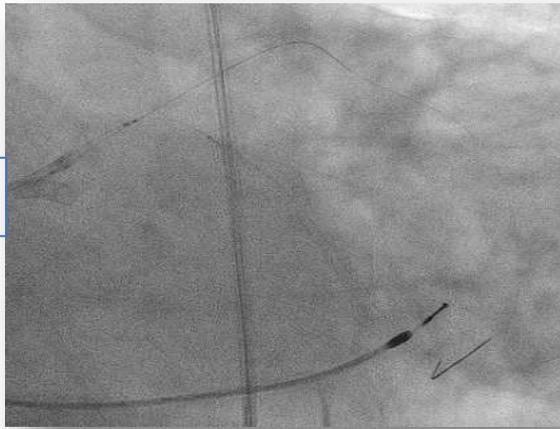


- Quelle option de stenting ?

- Option 2 Stents- Side first
- T stenting
- Sécurité & rapidité

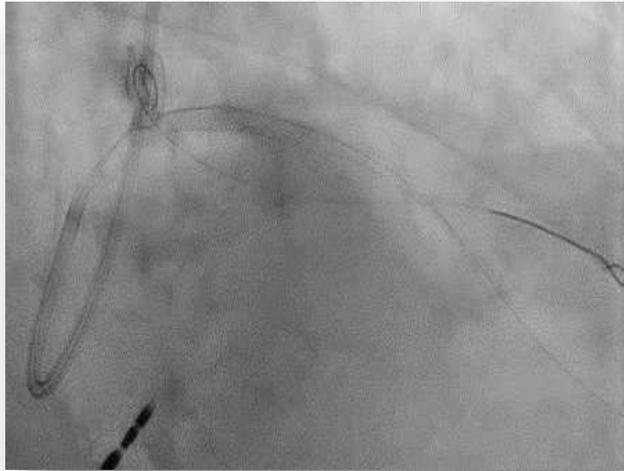
Cas N@2

Kissing balloon initial

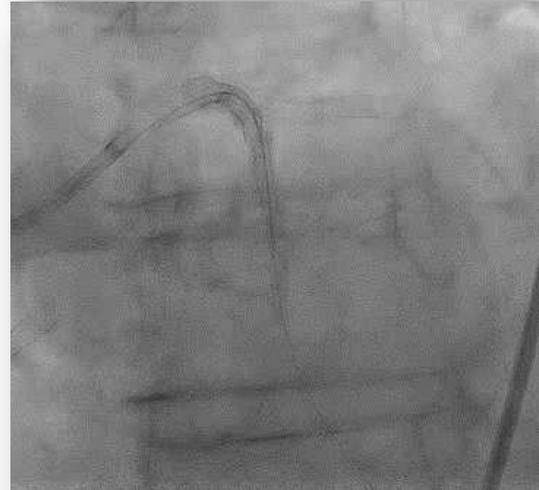
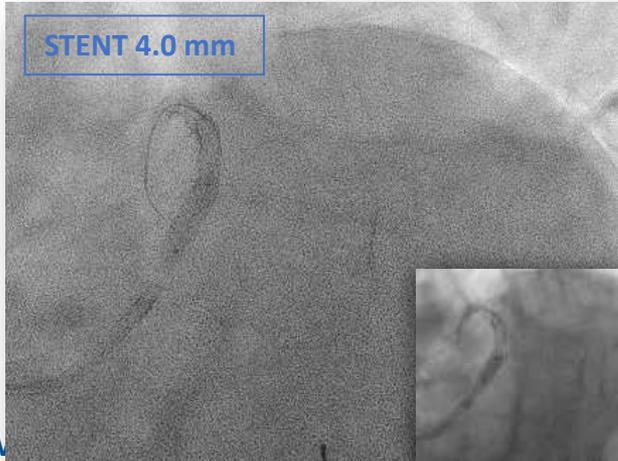


Stenting CX avec protection TC-IVA

Cas N@2



Résultat final



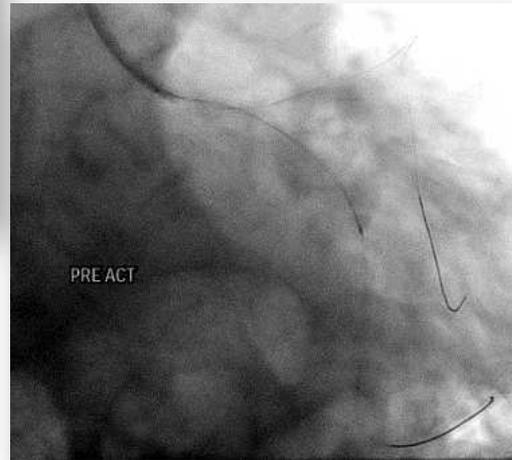
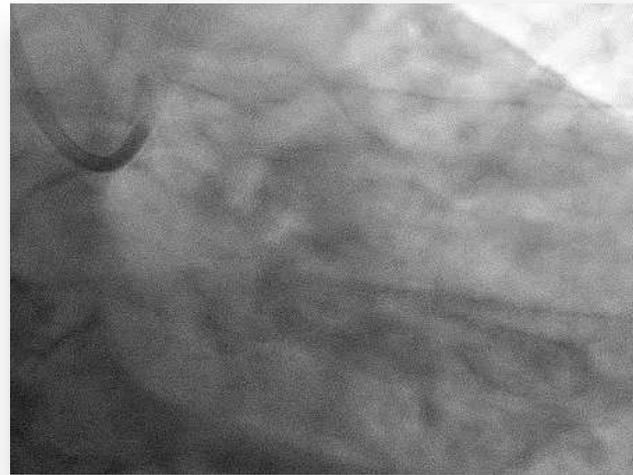
POT 4.5 mm

Cas N@2 : conclusions

- RAC serré + coronaropathie sévère : évitons le ROTA...
- Assurer un résultat optimal en 1^{er} lieu
- Choix d'ACT à 2 stents avec pré-dilatation (tester la plaque)
- SB en 1^{er} avec ballon TC-IVA de protection car IVA diffusément pathologique

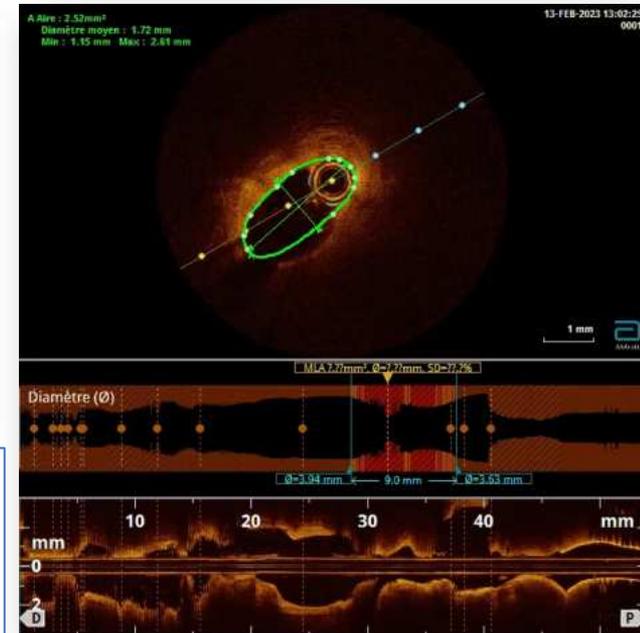


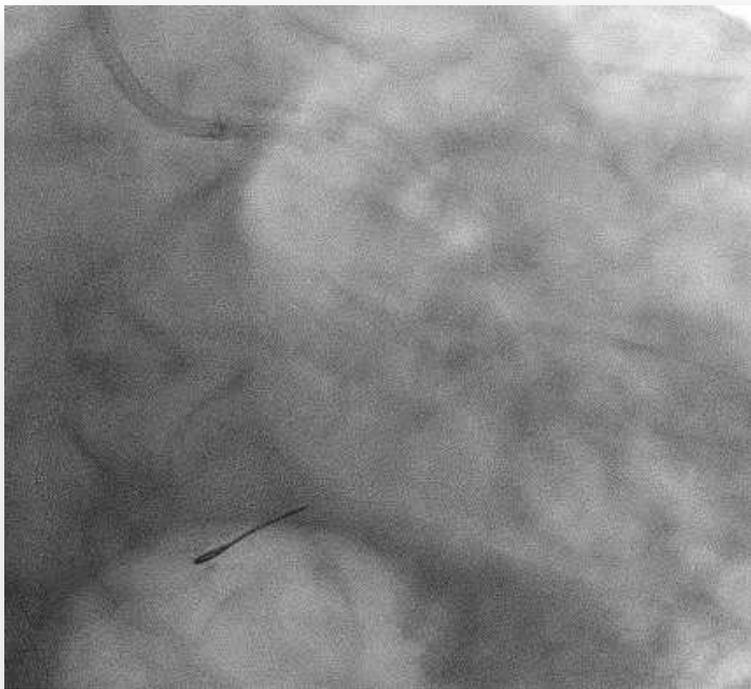
Cas N@3: Angor crescendo



Option:

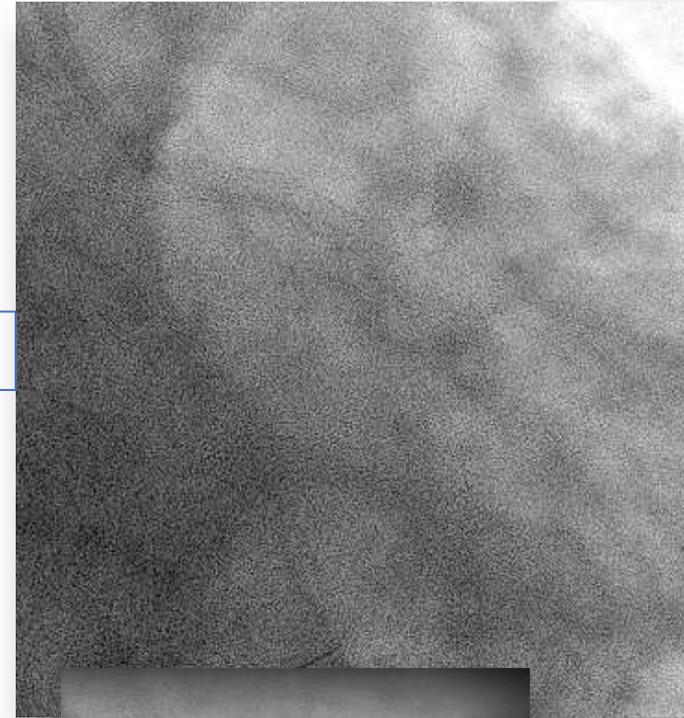
- stenting TC-CX
- POT pour ouvrir la maille vers l'IVA
- stenting provisional IVA





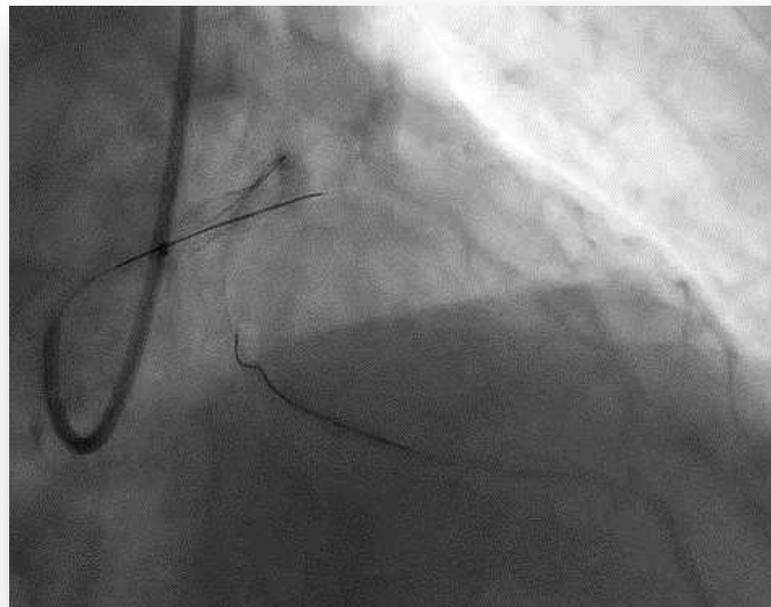
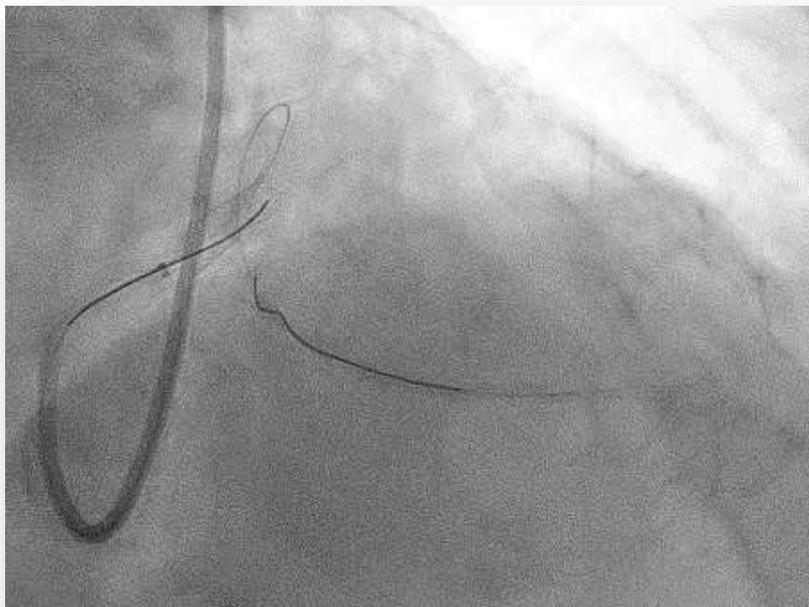
STENT 4.0mm

POT 4.5mm



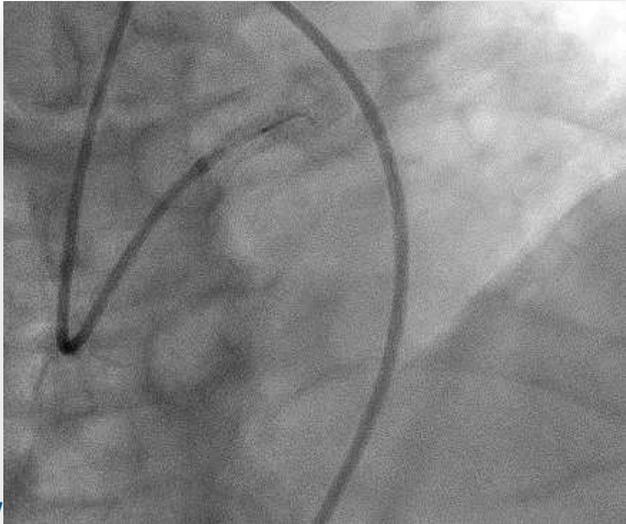
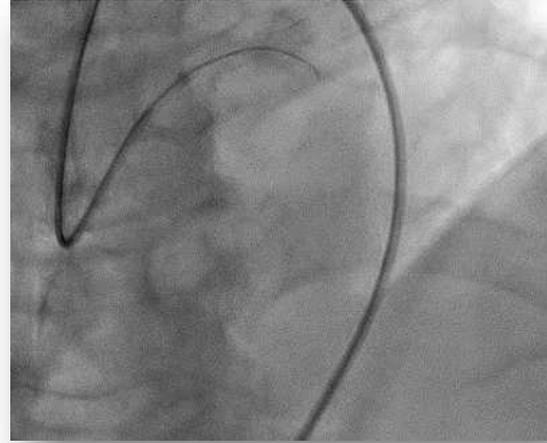
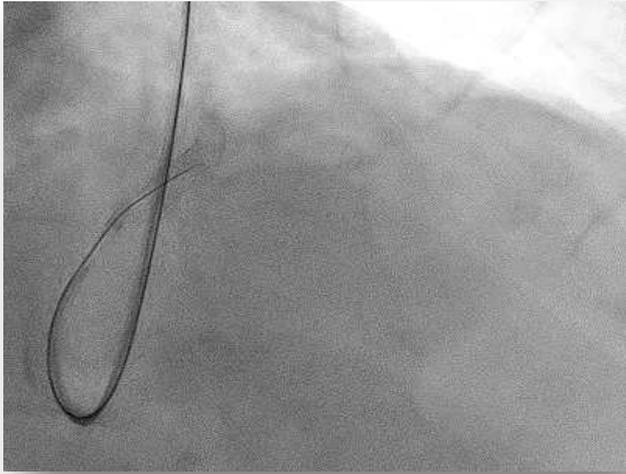
StentBoost

1. Procédure ad hoc
2. Perte du guide IVA
3. POT médiocre
4. Manque d'incidences

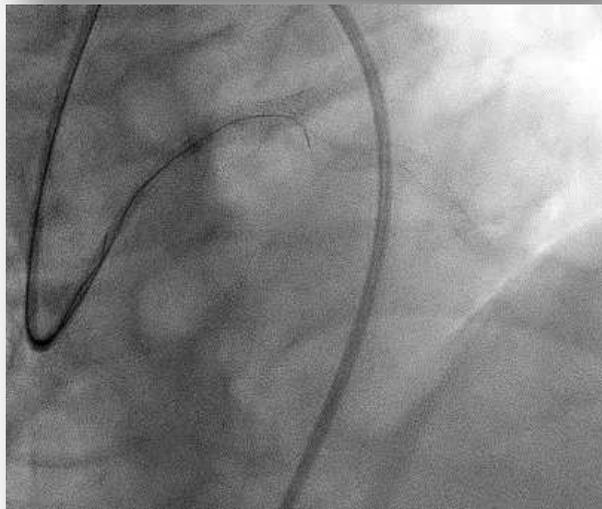
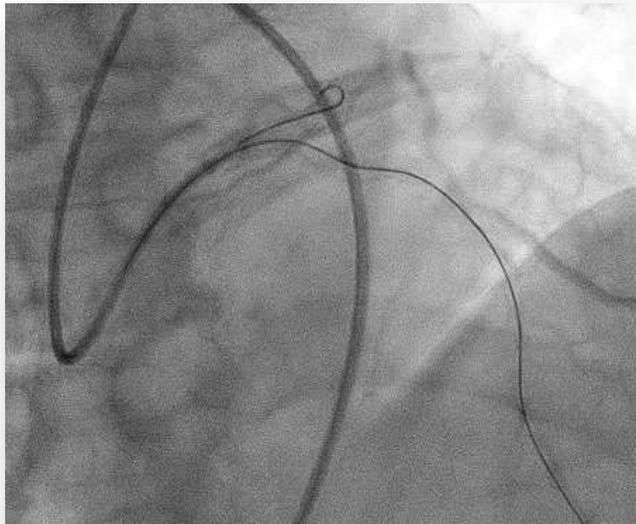
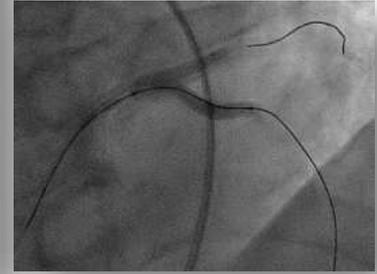
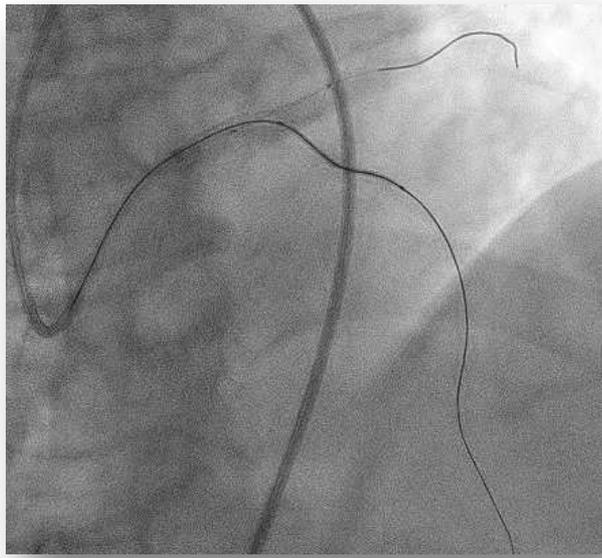
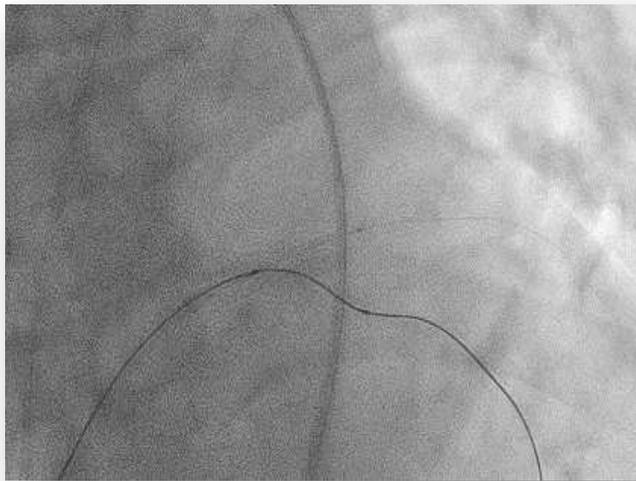


- Pas de microcath « Super Cross » angulé Teleflex
- Arrêt de la procédure après 1h de tentative
- Mauvaise appréciation de l'anatomie et de la stratégie de stenting
- Shift de plaque vers l'IVA
- Manque d'incidences après la pré-dilatation et avant le stenting

Cas N@3: M+1



Cas N@3



Cas N@3: conclusions

- Discuter la décision de la MB
- Adapter la technique de stenting de bifurcation après visualisation de toutes les incidences utiles
- Posséder le matériel adapté (micro cathéter+++)



PALAIS DU PHARO
• MARSEILLE •

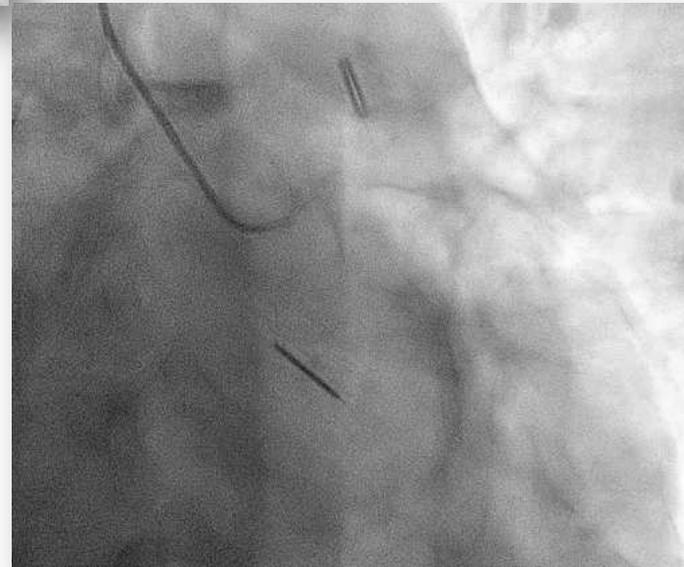
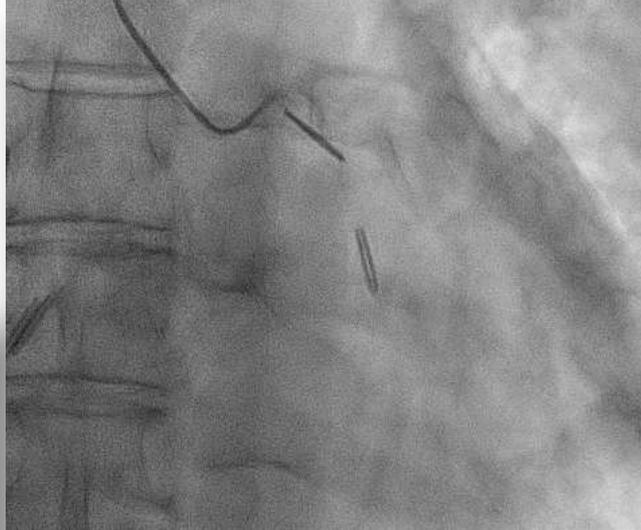
24 • 25 • 26
JANVIER 2024

WWW.HIGHTECH-CARDIO.ORG

Cas N@4 : TC « très » calcifié !!

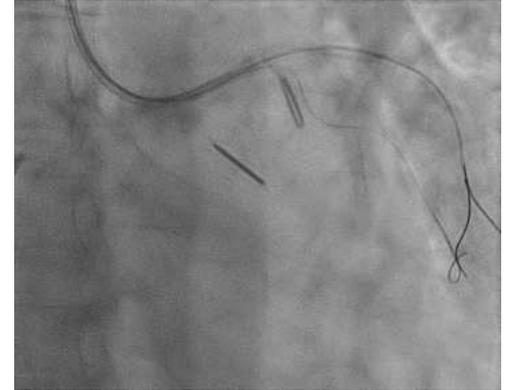
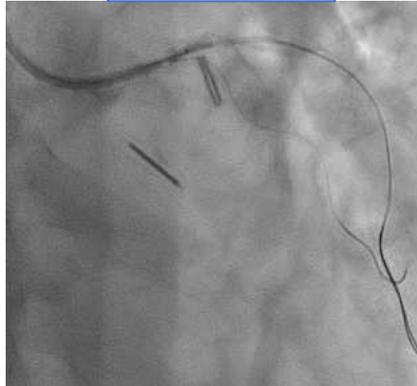
- ♀ 50 ans, lymphangite leiomyomateuse
- Bilan pré greffe pulmonaire:
 - Sténoses serrées IVA et CD (2 stents)
- Ischémie silencieuse 2 ans plus tard :
 - Sub-occlusion MBG2 et sténose significative IVA (stent MBG et FFR IVA>0)
 - A distance, dilatation sans stent IVA (franchissement=0)
- Angor subintrant 2 mois plus tard



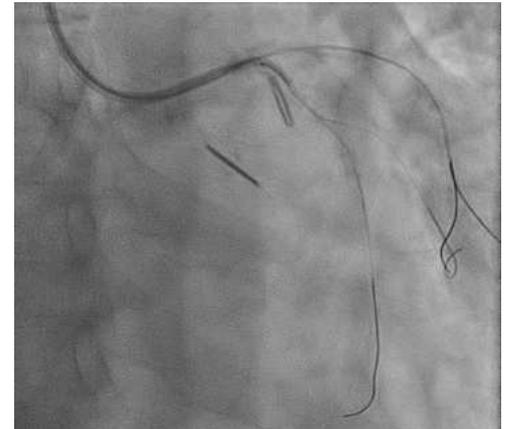
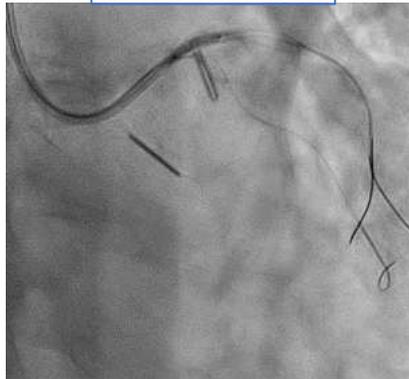


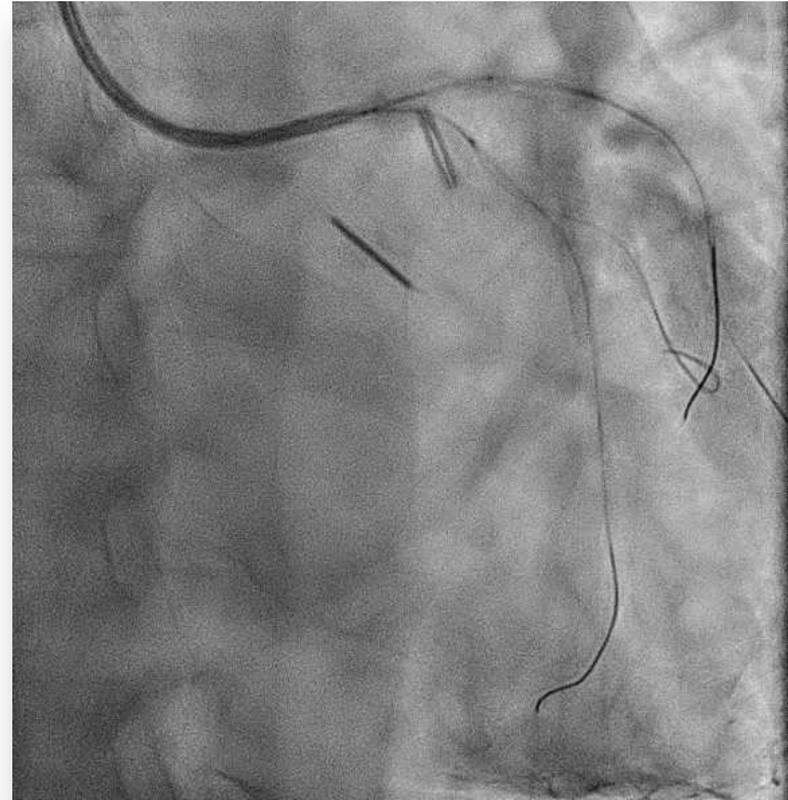
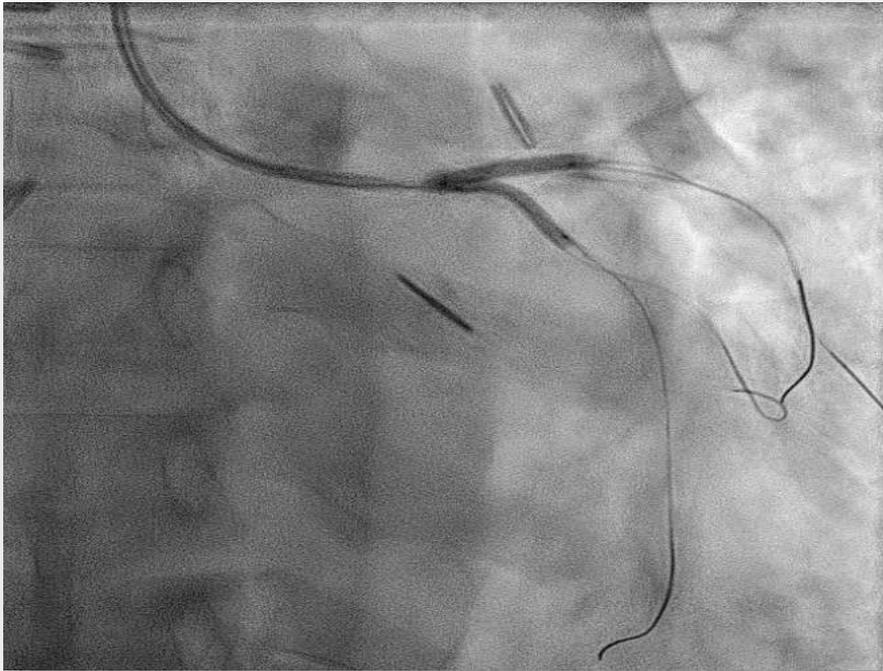
- **Injection sélective symptomatique**
- **Décision d'un geste ad hoc**
- **Que faire?**

Ballon 1.5mm



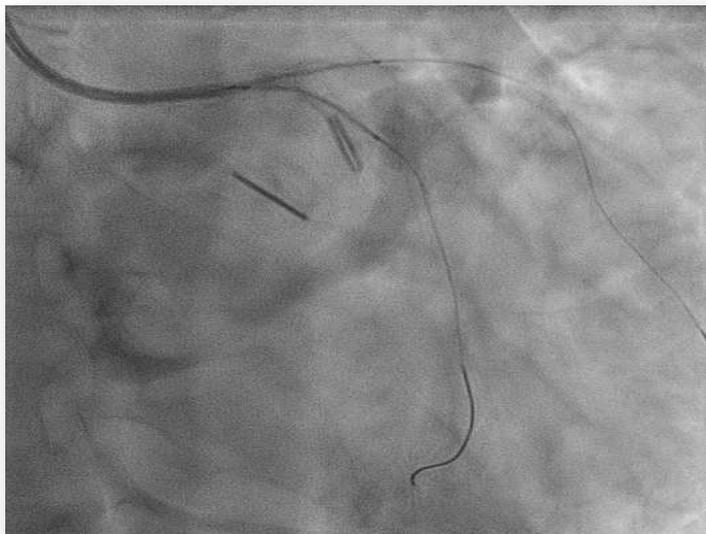
Ballon 2.25mm



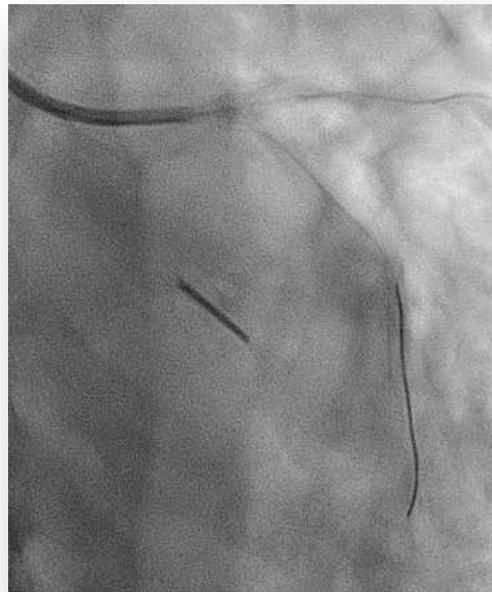
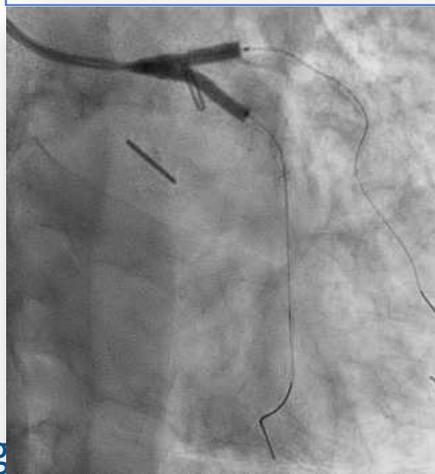


1. **Votre diagnostic ?**
2. **Que faites vous?**
3. **Stratégie de stenting?**

Cas N@4



Stenting en V-SKS par défaut



Cas N@4 : conclusions

- Penser aux procédures ultérieures « potentielles »
- Décrire au mieux son geste dans son CR
- Prévenir le patient



PALAIS DU PHARO
• MARSEILLE •

24 • 25 • 26
JANVIER 2024

WWW.HIGHTECH-CARDIO.ORG

Conclusions

- ACT du TC calcifié : pas le droit à l'erreur
- Athérectomie au moindre doute (ROTA):
 - Faible excursion, vitesse lente
 - Effet IVL
- Technique de stenting de bifurcation la plus simple possible
- Imagerie si possible (apprécier la bonne apposition du stenting)

