



PALAIS DU PHARO
□ MARSEILLE □

SAVE THE DATE
24 • 25 • 26
JANVIER 2024

WWW.HIGHTECH-CARDIO.ORG

The text is arranged in a grid-like pattern with small blue squares separating the lines. The background of the text area is a light blue gradient with a subtle pattern of small squares.

Un infarctus oui... mais pas du myocarde!

Pierre ROBERT – CHU Nîmes



Contexte clinique : M. C, 49ans, maçon

Poids=90kg, taille=180cm, IMC=27.8

ATCD : Tabagisme actif 20 paquets/années, phlébite post immobilisation

Anamnèse : Détresse respiratoire aiguë + **syncope** en rentrant du travail

Clinique : Sat=92% sous 6L au masque, **TA=120/70mmHg**

Bio : Tropo =180pg/ml, NT-Pro BNP=5000pg/ml

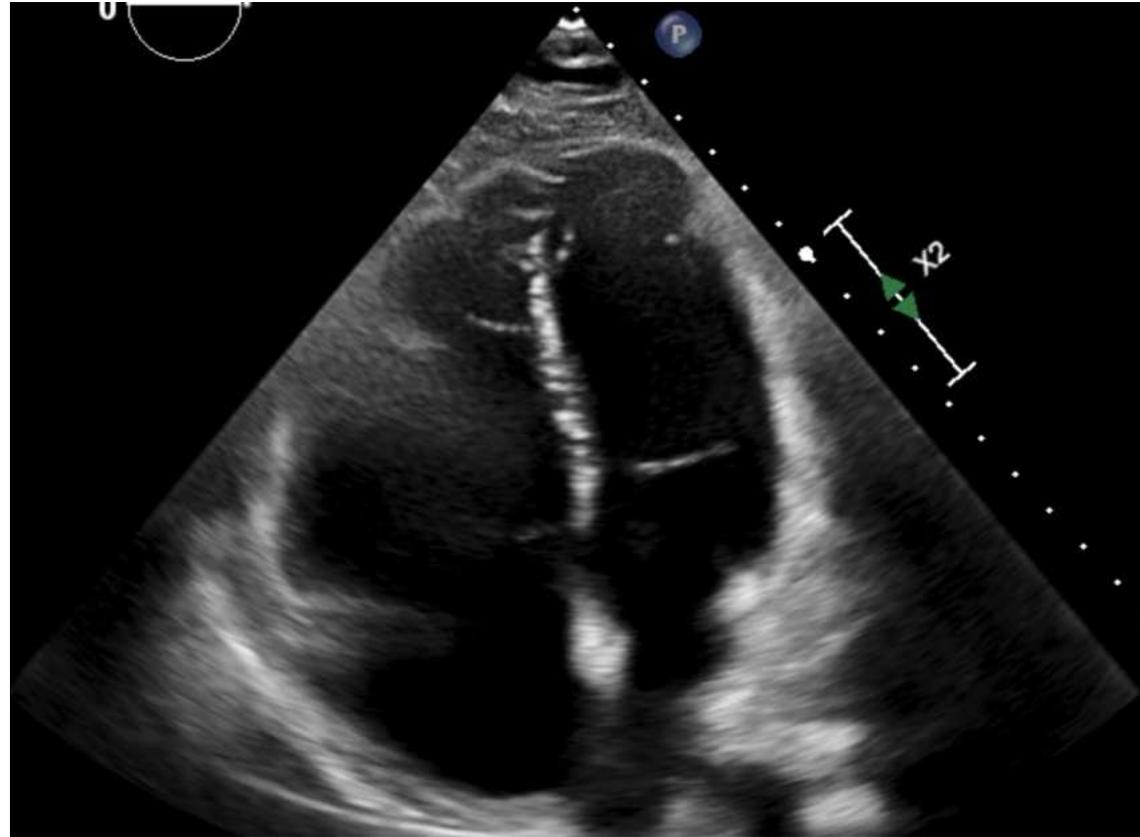


Echocardiographie

Dilatation sévère des cavités droites

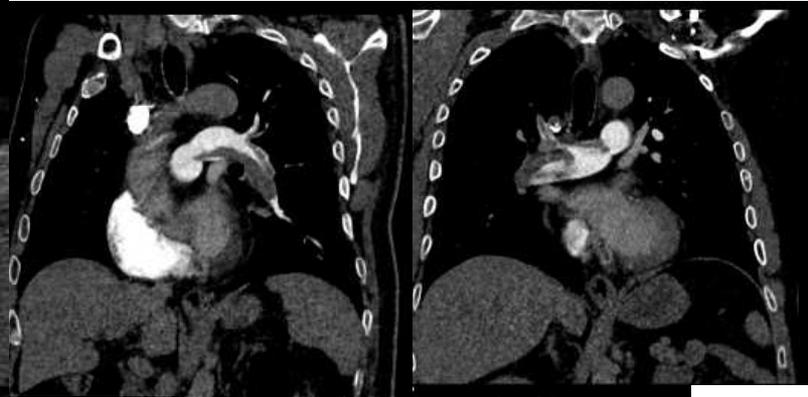
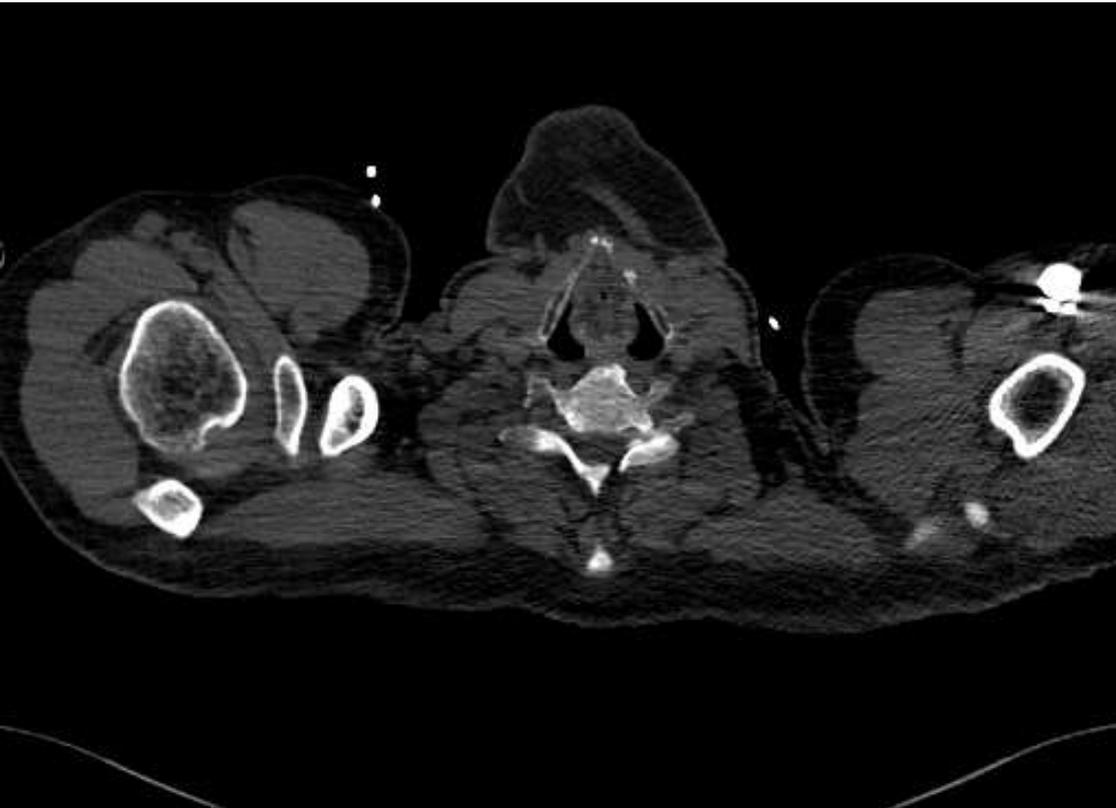
Signe de Mc Connell

→ **Angioscanner**



AngioTDM

Embolie pulmonaire proximale bilatérale



Quelle stratégie proposer ?

Embolie pulmonaire risque intermédiaire/haut, bas risque hémorragique

Absence d'amélioration après 24h d'HNF IVSE

Lactates négatifs

Hémodynamique stable

- 1 : Poursuite HNF
- 2 : Thrombolyse systémique
- 3 : Thrombectomie percutanée

Recommendations	Class	Level
Reperfusion treatment		
Rescue thrombolytic therapy is recommended for patients with haemodynamic deterioration on anticoagulation treatment.	I	B
As an alternative to rescue thrombolytic therapy, surgical embolectomy or <u>percutaneous catheter- directed treatment</u> should be considered for patients with haemodynamic deterioration on anticoagulation treatment.	IIa	C
Routine use of primary systemic thrombolysis is not recommended in patients with intermediate- or low-risk PE.	III	B
Recommendations	Class	Level
Set-up of a multidisciplinary team and programme for management of high-risk and <u>(in selected cases) intermediate-risk PE</u> should be considered, depending on the resources and expertise available in each hospital.	IIa	C

ESC 2019

→ Décision en staff pluridisciplinaire : Thrombectomie percutanée

→ Device utilisé : Flowtriever

Thrombectomie pulmonaire percutanée

Ponction veineuse fémorale sous écho

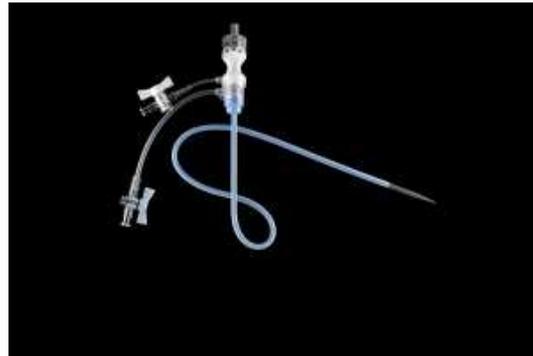
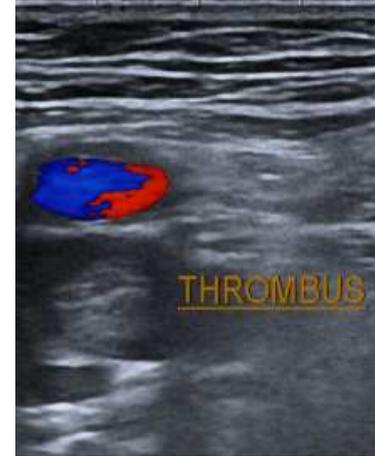
Preclosing 1 Proglide (éviter la compression post op)

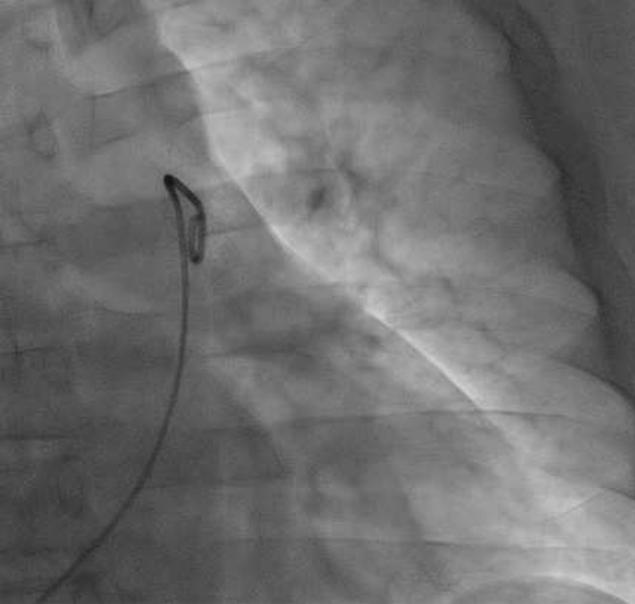
Introducteur 24F

Bolus **HNF**

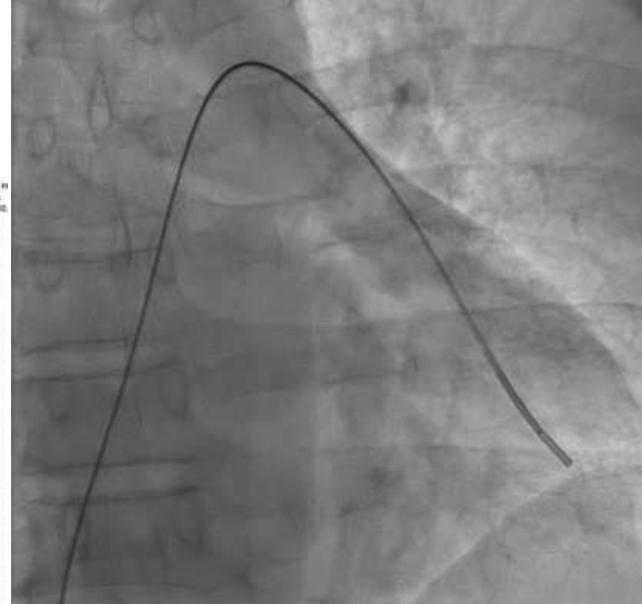
Monitoring **ACT** >250

3 cathéters d'aspiration : 24, 20 et 16F





Thrombectomie pulmonaire percutanée



Montée dans l'AP :

Pigtail = éviter les cordages!
PAPs

→ **Angio sélective** 30mL à 15mL/s

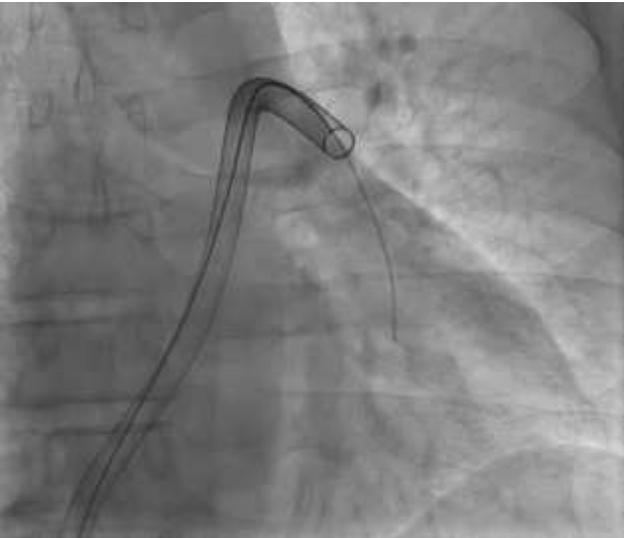
www.hightech-cardio.org

Cathétérisation sélective :

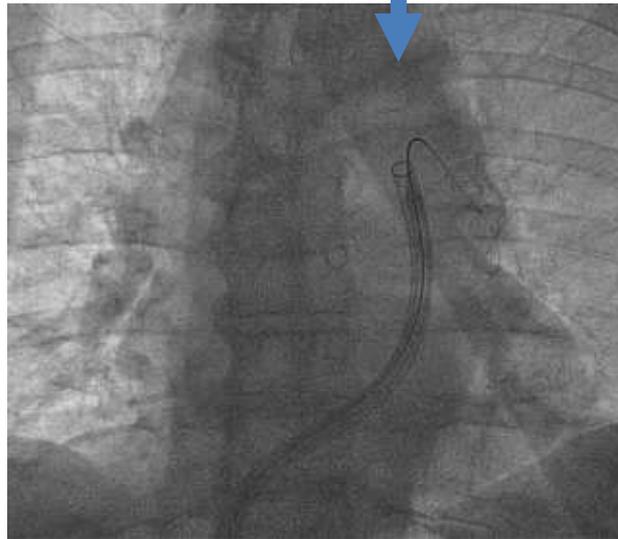
MPA2 + guide hydrophile
Guide Extra Stiff straight Tip 1cm



Thrombectomie pulmonaire percutanée



KT 16F dans 24F pour la distalité

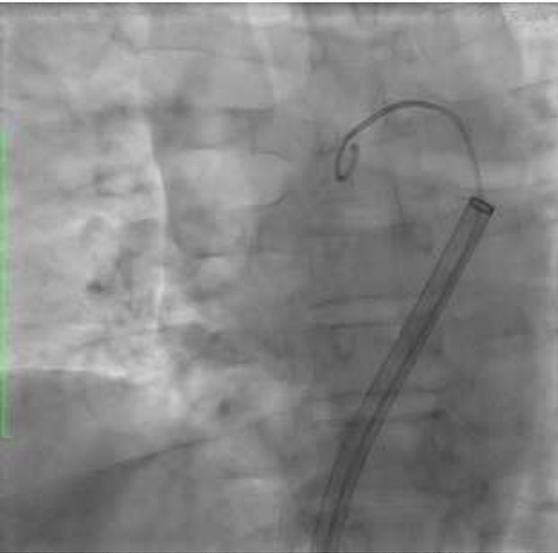


Aspirations via le cathéter 24F
Aspirations = « wooshs » sur le guide
Cavitation = Attendre 1min!

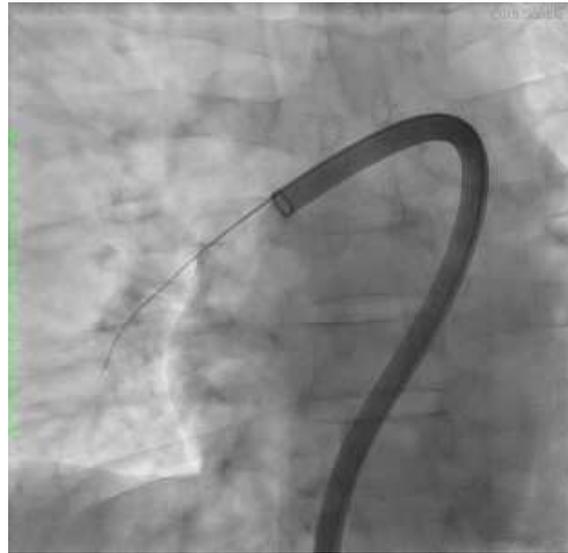
Angio finale+++
15cc PCI puis 45cc NaCL
Vérifier absence de complication
(ballons adaptés dispos en salle)

Objectif = Perméabilité!

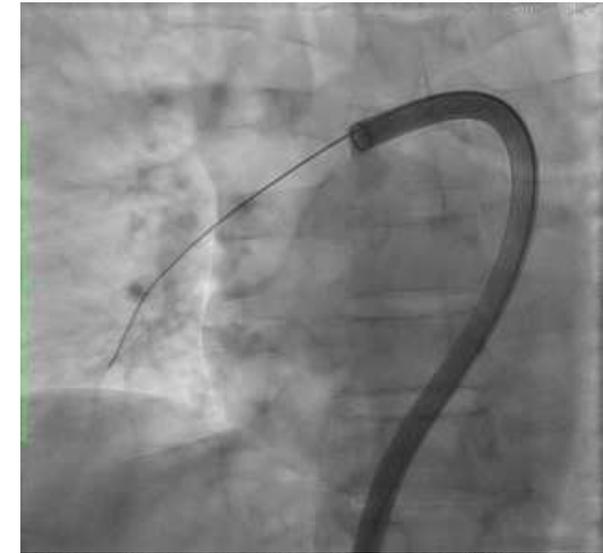
Thrombectomie droite



Angio APD sur Pigtail
(Eviter angio sur la MP)



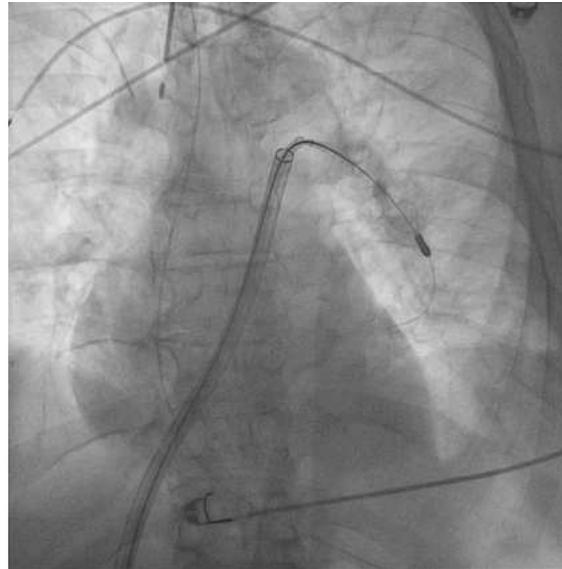
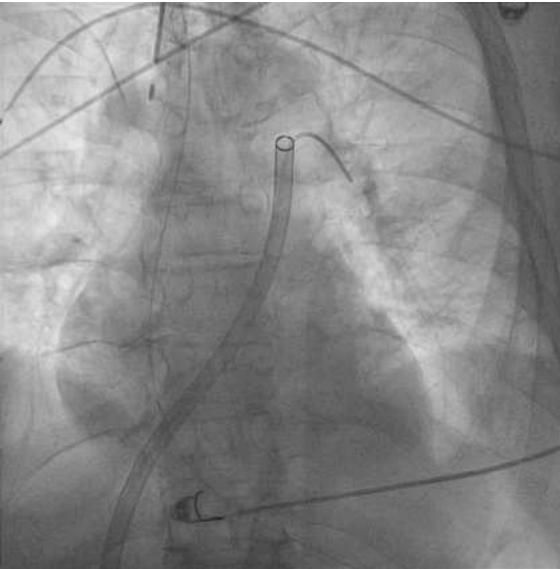
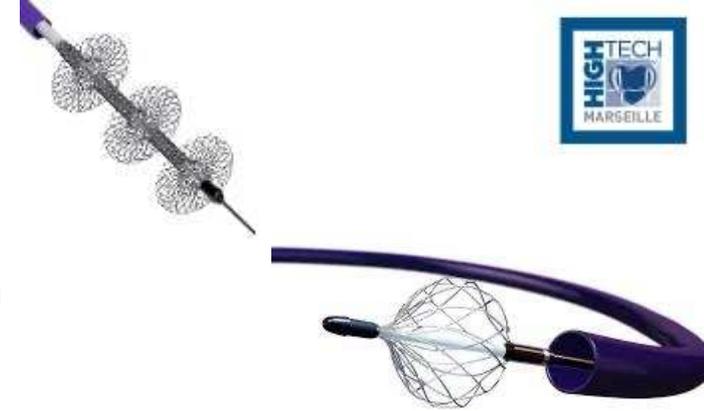
Persistence thrombus
occlusif troncus antérieur
après aspiration



Contrôle après aspiration
avec le 24F sur la bifurcation

Utilisation des disques

Permet de fragmenter le thrombus + ancien



Résultat après 10 aspirations + re transfusion

Filtration via Flowsaver
 Re transfusion via le flush port de l'intro



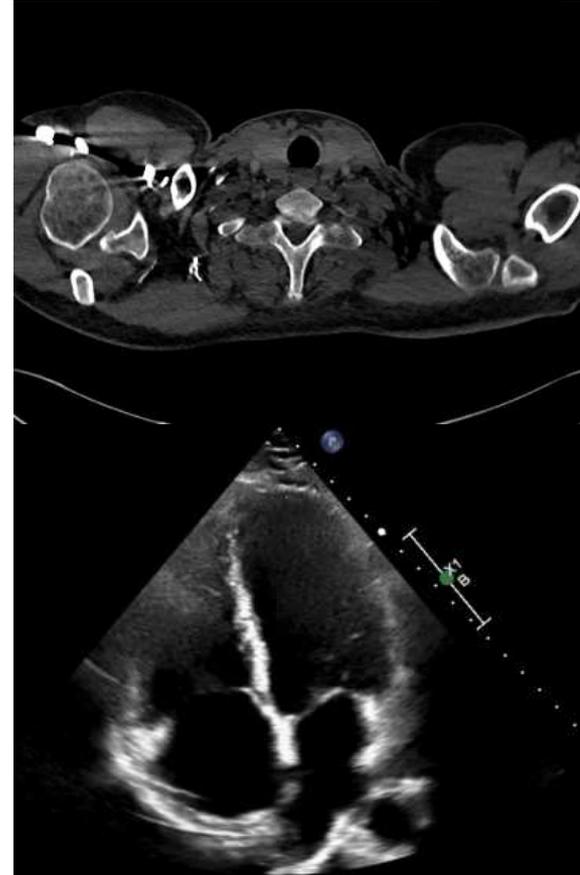
Résultat ETT/TDM à 48h



Reperméabilisation des AP



Normalisation des paramètres VD



Evolution clinique

Retour au domicile à j3 sous AOD

Reprise du travail à 3 semaines

Bilan de thrombophilie à 5mois : **Mutation facteur V**

Poursuite **anticoagulation** au long cours

Asymptomatique à 6mois

Poursuite de son travail et d'une activité physique régulière (course à pieds)



Alternative possible : Thrombolyse in situ

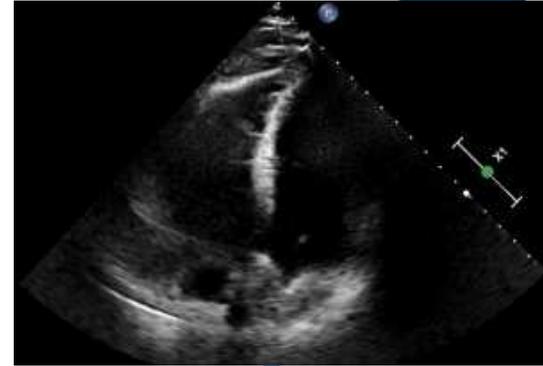
2 cathéters 6F

Diffusion **ACTILYSE** (24mg/12h) + **Impulsions ultrasonores**

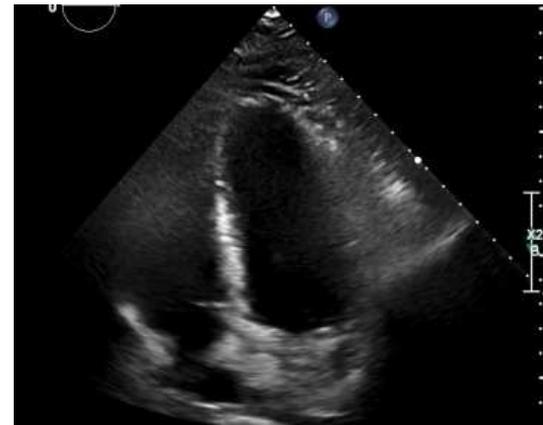
Durée procédure = 30min

Durée infusion = 12h

→ **Fragmentation + dissolution du caillot**



H+12



Conclusion

Technique prometteuse réalisable en urgence

Indiscutable dans le **haut risque si contre-indication/échec thrombolyse**

Alternative intéressante dans le **risque intermédiaire/haut dans certains cas**

Importance de la **heart team**

Plusieurs dispositifs utilisables selon la topographie du thrombus et les caractéristiques du patient

Problématique du **remboursement**

Nécessité de **sélectionner+++** les patients/**former les opérateurs** voire organiser des **astreintes** un jour?



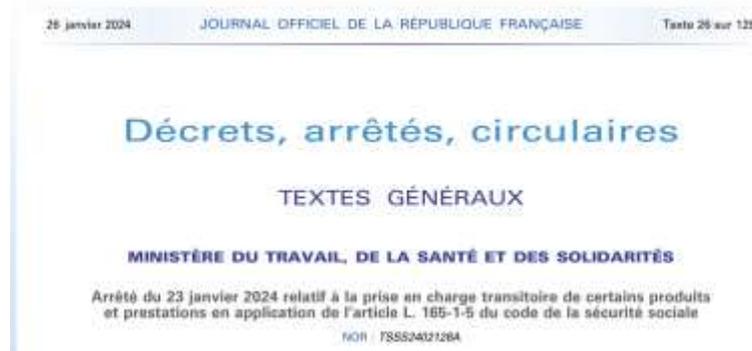
Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 23 janvier 2024 relatif à la prise en charge transitoire de certains produits et prestations en application de l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale

Conclusion



INDICATION PRISE EN CHARGE :

- Traitement de l'embolie pulmonaire, en association avec un traitement par anticoagulant, pour les patients atteints d'embolie pulmonaire grave,
- à haut risque de décès prématuré en échec ou contre-indiqués à la thrombolyse ;
 - ou à risque intermédiaire élevé de décès prématuré, avec détérioration hémodynamique malgré un traitement par anticoagulant bien conduit, en échec ou contre-indiqués à la thrombolyse ;
- lorsque l'embolectomie chirurgicale n'est pas possible et après avis d'une équipe multidisciplinaire.