

HIGHTECH

MARSEILLE

28-30
JANVIER
2026

MARSEILLE
PALAIS DU PHARO

Cas d'une fistule coronaro-camérale iatrogène post-opératoire : comprendre pour mieux traiter

Dr Dany JANAH

Centre Cardiologique du Nord – Saint-Denis

Centre
Cardiologique
du Nord



CONFLITS D'INTÉRÊTS

Pas de conflits d'intérêts

Présentation du patient et histoire de la maladie

Homme de 59 ans

Antécédents :

- BPCO sévère

Facteurs de risque cardiovasculaire :

- Intoxication tabagique importante et hérédité familiale

Hospitalisation en février 2025 pour décompensation cardiaque dans un centre périphérique

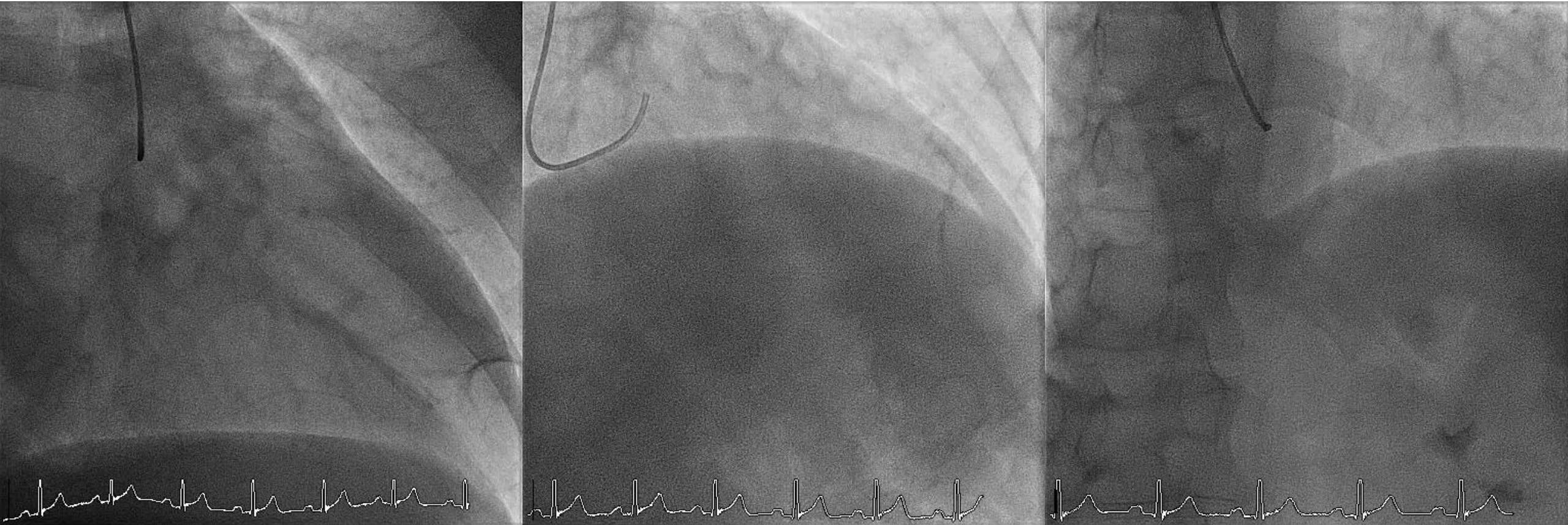
ETT : **insuffisance mitrale sévère** sur rupture de cordage avec prolapsus P1 et P2

FEVG 67%

Transfert dans notre centre pour chirurgie de plastie mitrale

Coronarographie pré-opératoire

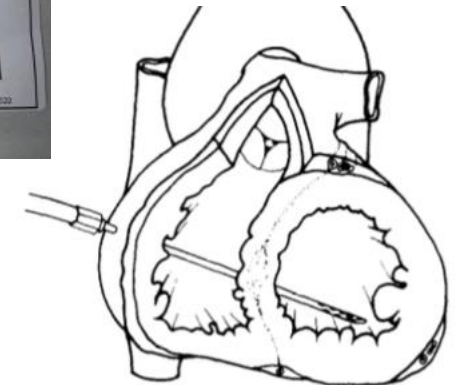
- Réseau coronaire gauche dominant
- Artères coronaires angiographiquement normales



Chirurgie mitrale le 12 février 2025

Geste chirurgical (12/02/2025) :

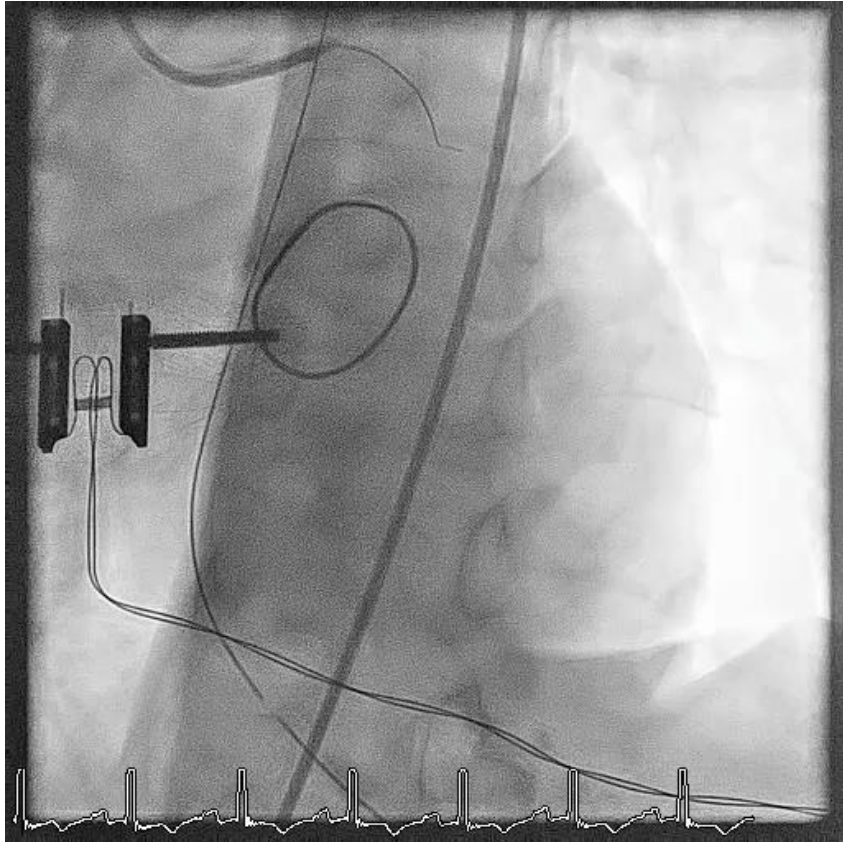
- Valvuloplastie mitrale, cordages artificiels et annuloplastie par anneau Physio II 30
- **Canulation de décharge VD – VG**
- Temps de CEC : 66 min
- Temps de clampage aortique : 40 min
- Bon résultat de la plastie mitrale en ETO post-opératoire



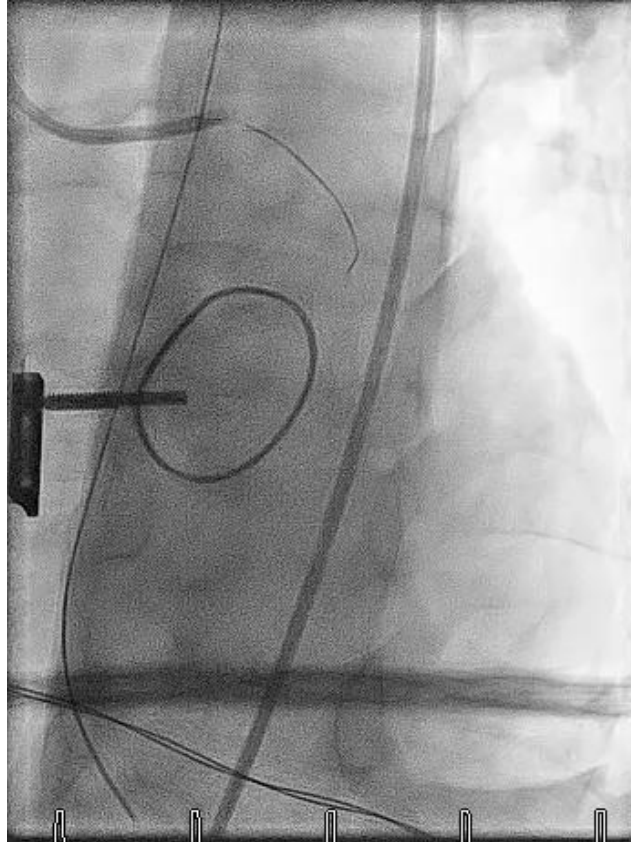
Exemple de canule de décharge VD - VG

Evolution en réanimation

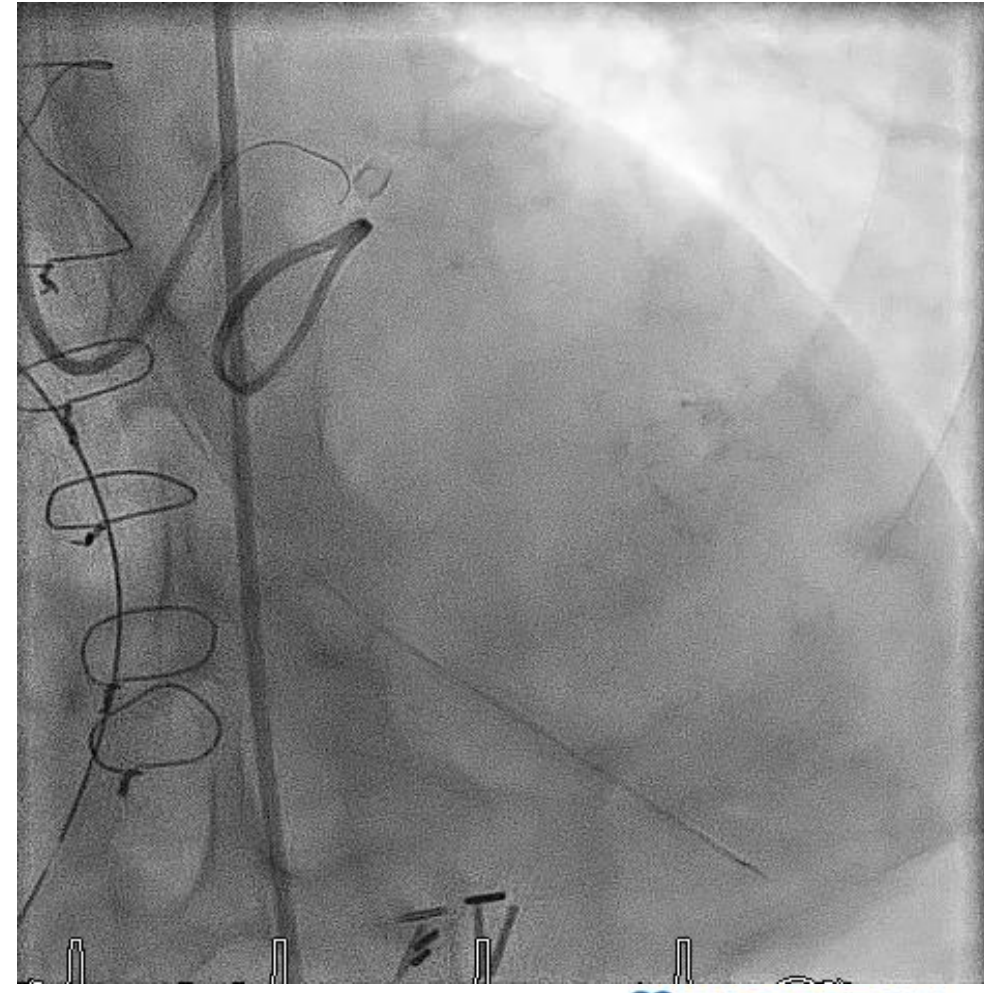
- Difficultés de sevrage de la CEC / altération de la FEVG à 20-25%
- TV soutenue / troponine 448 ng/l → 991 ng/L / sus-décalage du segment ST inférolatéral
- → Coronarographie en urgence



Sténose serrée Cx par ligature chirurgicale



SYNERGY MEGATRON 3,5 x 16 mm



Volumineuse fistule coronaro-VG, par une branche septale

Evolution du patient post-ATL de la circonflexe

- Sevrage CEC
- Discrète amélioration de la FEVG à 35% mais :
- Apparition d'une **hypokinésie antérieure et septale profonde**
- Etat hémodynamique précaire

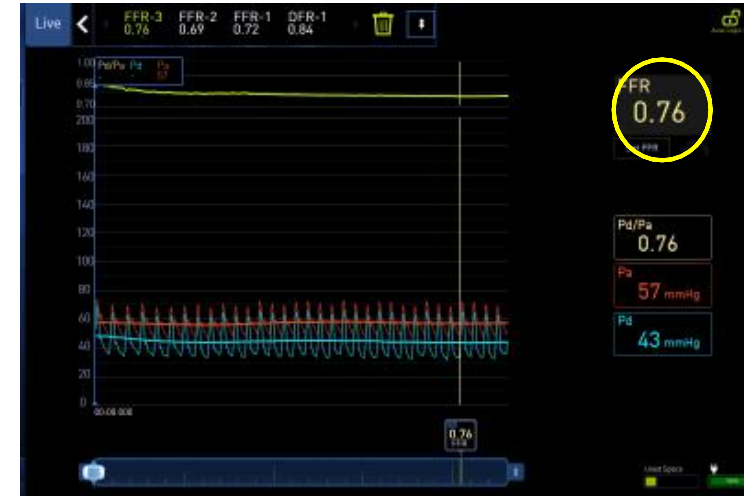
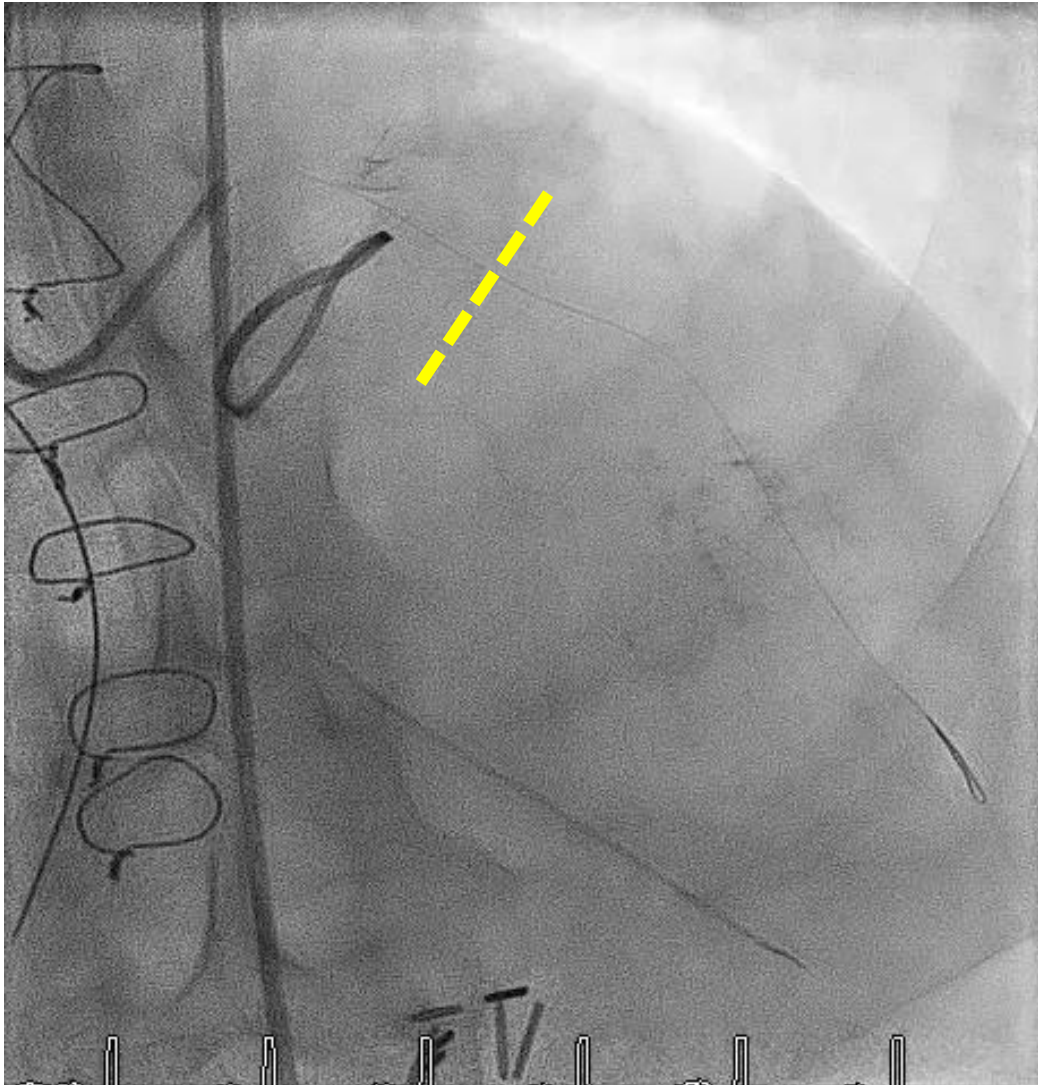


Décision collégiale de nouvelle procédure pour :

- Evaluation du **retentissement hémodynamique** de cette fistule septo-VG
- Recherche d'un **vol coronaire**
- Possibilité thérapeutique de **fermeture percutanée** (embolisation ?)

Nouvelle procédure le 16 février 2025

Première étape : documentation et preuve d'une ischémie



- Ischémie après hyperhémie
- Ventricularisation des pressions en distalité de l'IVA



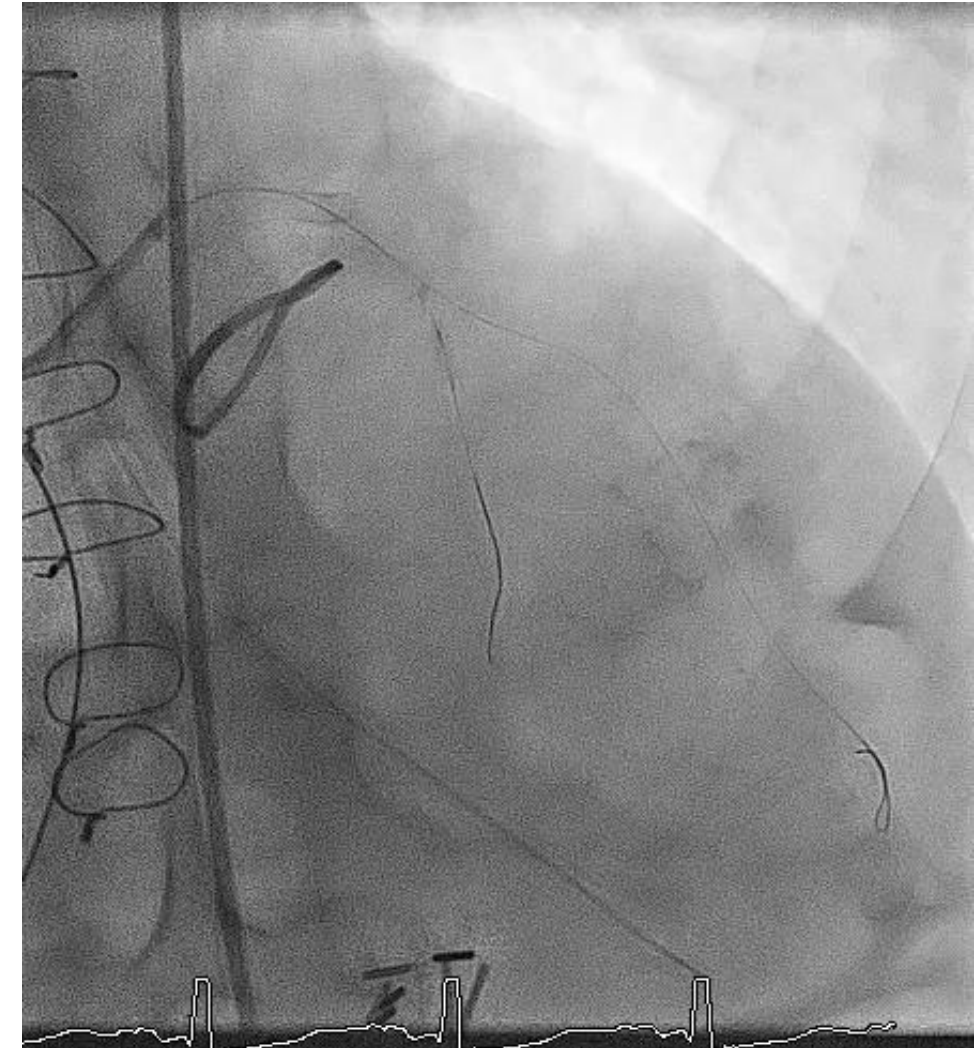
- Retrait du guide en hyperhémie
- « Jump » de FFR avec normalisation de la FFR juste au dessus de la septale (pointillés jaune)

Deuxième étape: évaluation de l'effet d'une occlusion temporaire de la septale sur l'hémodynamique invasive

- KT guide EBU 3.75 7F
- Mise en place d'un ballon 2,5 mm dans la septale inflaté à 10 ATM
- Mesure en continu de la Pd

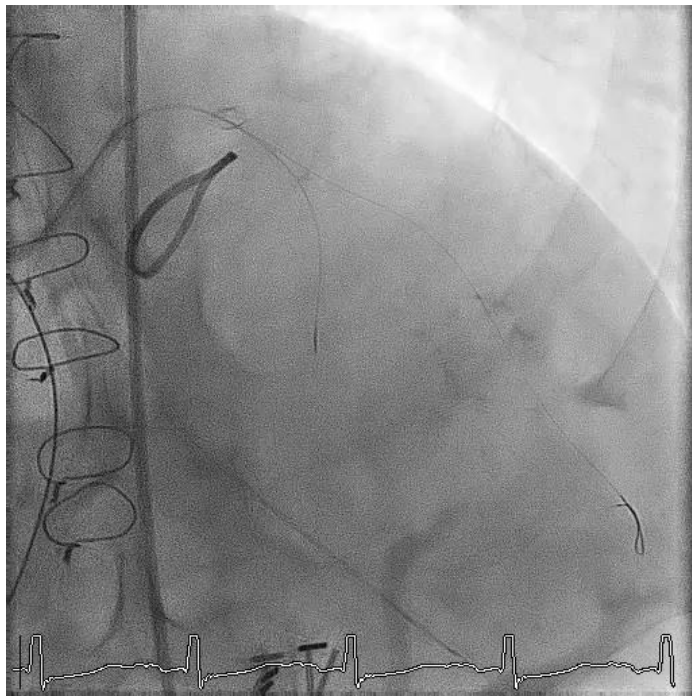


Augmentation rapide de la Pd sur le territoire de l'IVA d'environ 4 mmHg après < 5 minutes d'occlusion, témoignant du retentissement hémodynamique de la fistule, et de l'efficacité attendue d'une embolisation

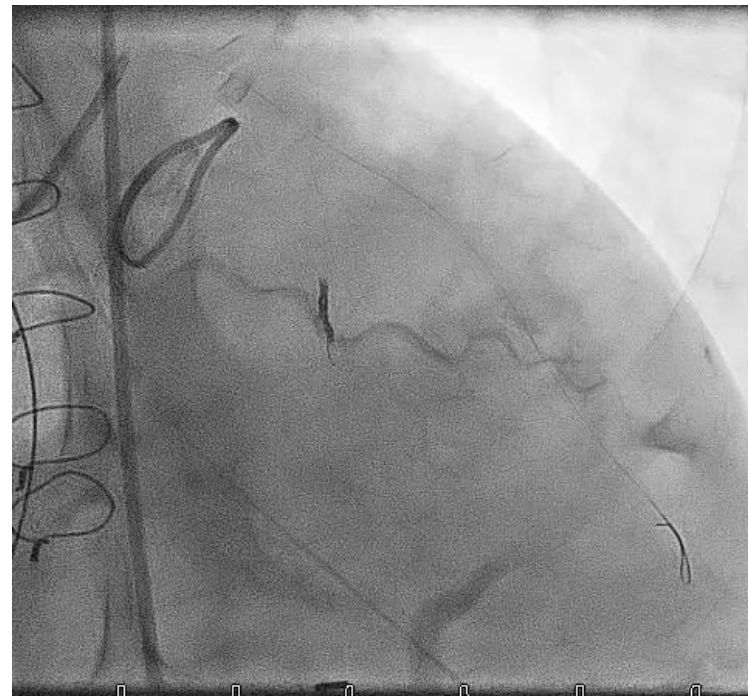


Troisième étape : occlusion de la septale par embolisation hyper-sélective

- Cathétérisme sélectif avec un microcathéter **CARAVEL (Asahi Intecc.)**
- Injection sélective
- Embolisation avec 3 coils : 1 coil 3 x 4 mm et 2 coils 2 x 4 mm, **CONCERTO (Medtronic)**



Injection hypersélective



Contrôle final après 3 coils



Amélioration hémodynamique en fin de procédure immédiate :

- Pd/Pa **0,89 vs 0,86**
- Augmentation de la Pd à 63 mmHg versus 55 mmHg
- Disparition de la ventricularisation

Evolution intra-hospitalière

- Amélioration FEVG à 45-50%
- Nombreuses complications de réanimation
- Introduction du traitement de l'insuffisance cardiaque et sortie à J+30

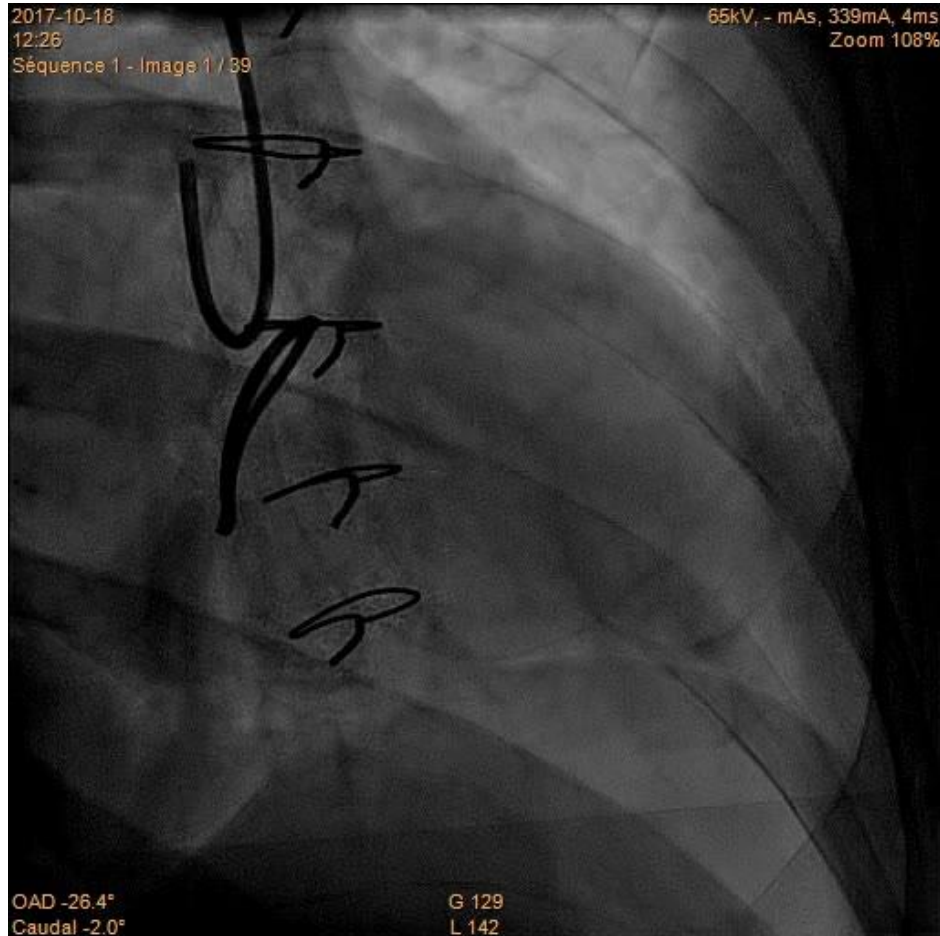
Données de la littérature

Fistules coronaro-camérales :

- 0,1% des patients ayant une coronarographie (VD 90%)
- Fistules coronaro-VG sont rares mais présentent un risque d'ischémie
- Incidence des fistules coronaro-VG post-chirurgie cardiaque (post-canule de décharge) **probablement largement sous-estimée**
- **Si le patient n'avait pas présenté de SCA sur ligature de la circonflexe, cette fistule n'aurait probablement jamais été suspectée et traitée**
- Un seul cas décrit dans la littérature de FCC iatrogène suite à un geste de chirurgie cardiaque mitrale (*Firuzi et al. J Saudi Heart Assoc 2017*)

Case-serie en cours de rédaction

CHU Poitiers – Dr S. LEVESQUE



Post-opératoire de chirurgie mitrale
Occluse par un MicroPlug 1,5 – 3 mm



Post-opératoire de chirurgie mitrale
ACR / ligature Cx / Découverte de fistule
Fermeture spontanée à 3 semaines

Conclusion

- Les fistules coronaro-VG dans les suites d'une chirurgie cardiaque (particulièrement mitrale) sont une **complication méconnue**, probablement **sous-estimée**, mais bien réelle
- Elles peuvent induire une **ischémie myocardique par vol vasculaire**
- **La physiologie coronaire invasive** a toute sa place pour le diagnostic et guider le traitement
- Leur **évolution naturelle est peu connue**, avec une possible de fermeture spontanée
- Le traitement reste peu codifié, mais l'occlusion de la fistule par des techniques **d'embolisation** semble sûre et efficace



28-30
JANVIER
2026

MARSEILLE
PALAIS DU PHARO

Merci pour votre attention

Dr Dany JANAHA

Centre Cardiologique du Nord – Saint-Denis

Centre
Cardiologique
du Nord



HIGHTECH

MARSEILLE

28-30
JANVIER
2026

MARSEILLE
PALAIS DU PHARO

Cas d'une fistule coronaro-camérale iatrogène post-opératoire : comprendre pour mieux traiter

Dr Dany JANAHA

Centre Cardiologique du Nord – Saint-Denis

Centre
Cardiologique
du Nord

