



**28-30**  
**JANVIER**  
**2026**

---

MARSEILLE  
PALAIS DU PHARO

# ***Le phénix du tronc commun***

***Dr. SPINU Radu : Praticien Hospitalier Contractuel  
Centre Hospitalier Carcassonne***

# Clinique

**F.A., âgé de 81 ans, hospitalisé pour SCA ST - tropo +**

**ATCD** : IRC stade terminal (pré-dialyse); FA permanente; HTA; Hypothyroïdie; Crises de goutte; AVC sylvien droit en 2016

Anémie chronique sous EPO

**ETT** : FEVG à 33 % avec hypokinésie de la paroi antérieure.

**ECG** : FA à 80 bpm, ondes T négatives en antérieur.

**Biologie** : Troponine 2500 ng/L, DFG (CKD-EPI) 13 ml/min (créatinine 338 µmol/L), Hb 11,5 g/dl, INR 2,58.

**Coronarographie** :

✓ **Culprit: lésion serrée thrombotique longue de l'IVA proximale.**

Lésion serrée de l'IVA moyenne. Lésion serrée courte de la Cx moyenne. CD sans lésion significative.

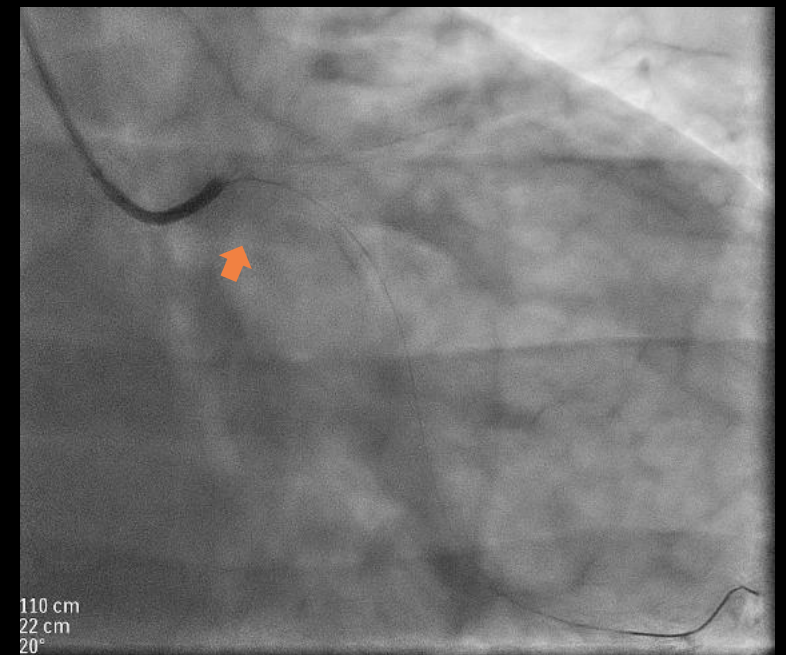
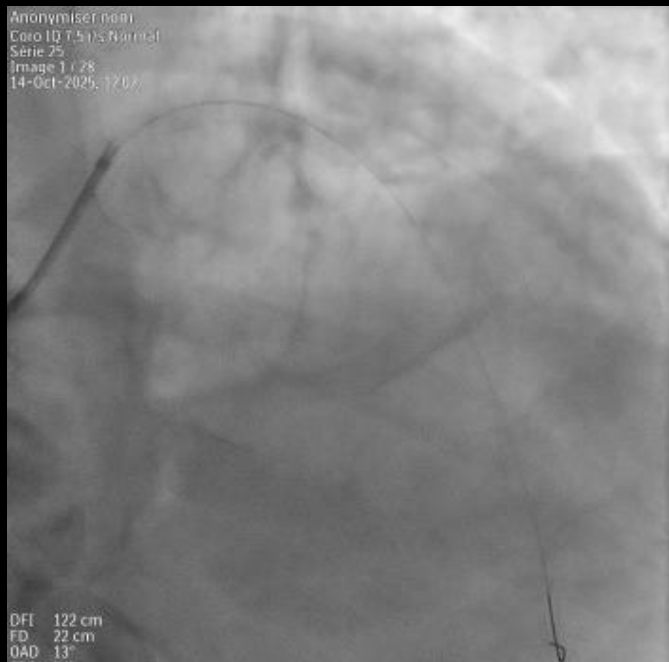
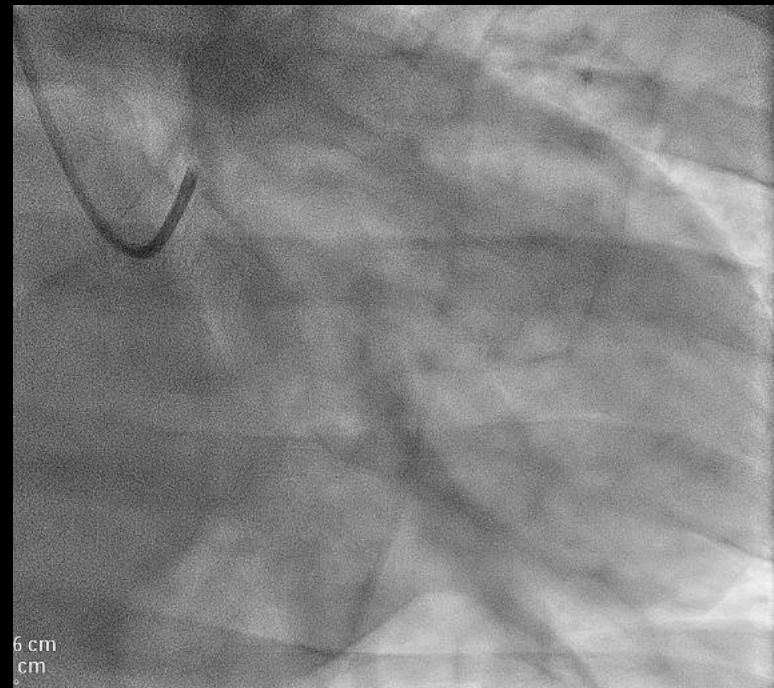
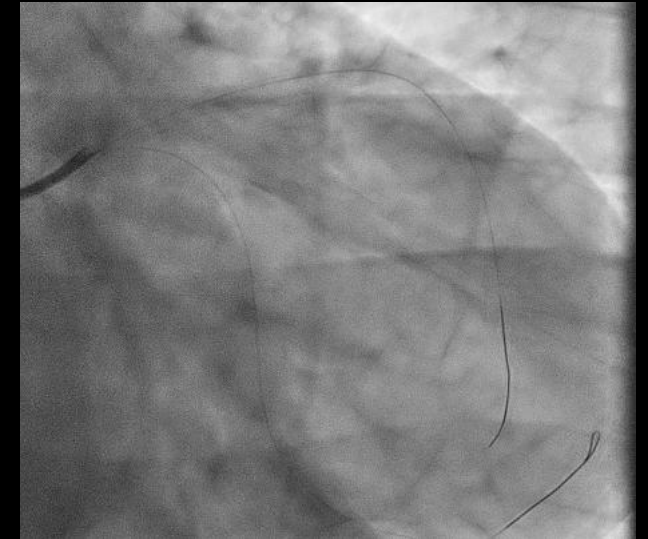
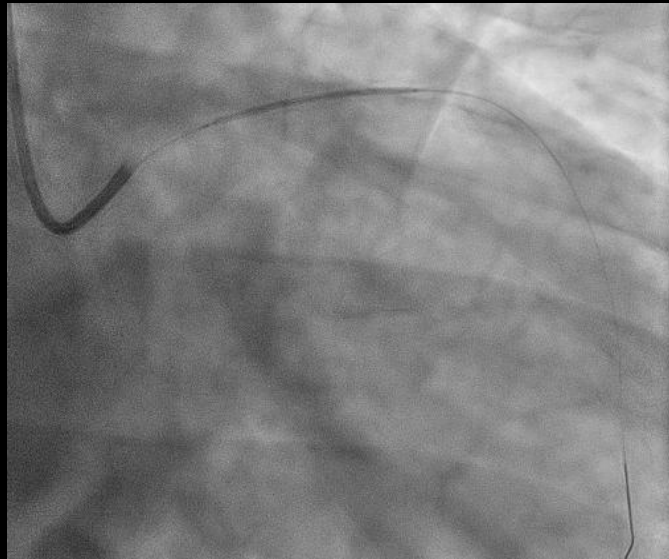
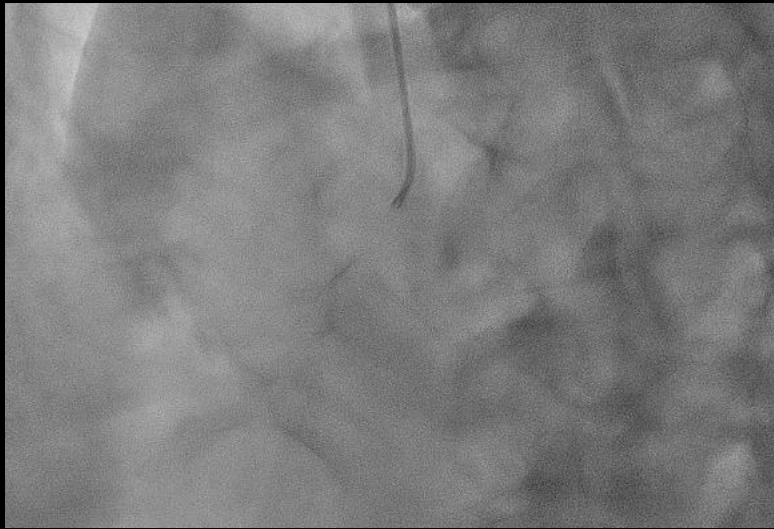
**Angioplastie** :

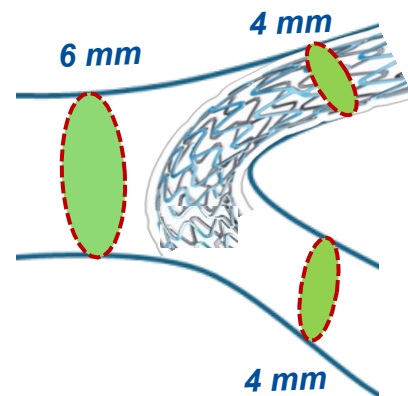
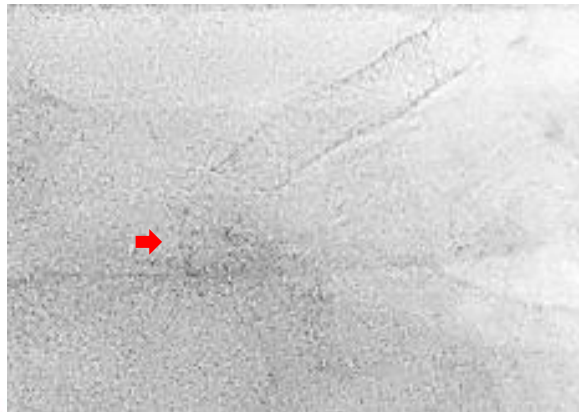
**Implantation d'un DES 3,5 × 34 mm sur l'IVA proximale, post-dilaté à 4,0 mm.**

La lésion de l'IVA moyenne est respectée.

➤ **Patient confié pour complément d'angioplastie de la Cx moyenne.**

# Relecture de la coronarographie antérieure





# Technique:

1. Reverse wire technique

1.1 Repérage – microcathéter double lumière

2. Microcathéter Angulé (90°)

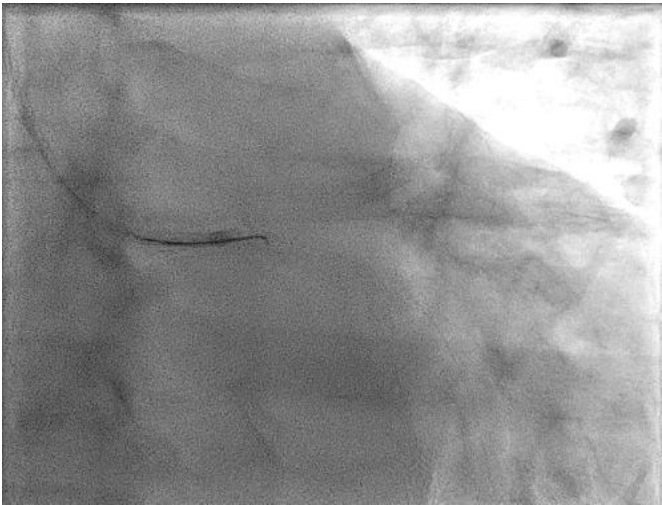
3. Balloon-assisted technique

4. Avancer le guide en boucle vers la lumière du stent

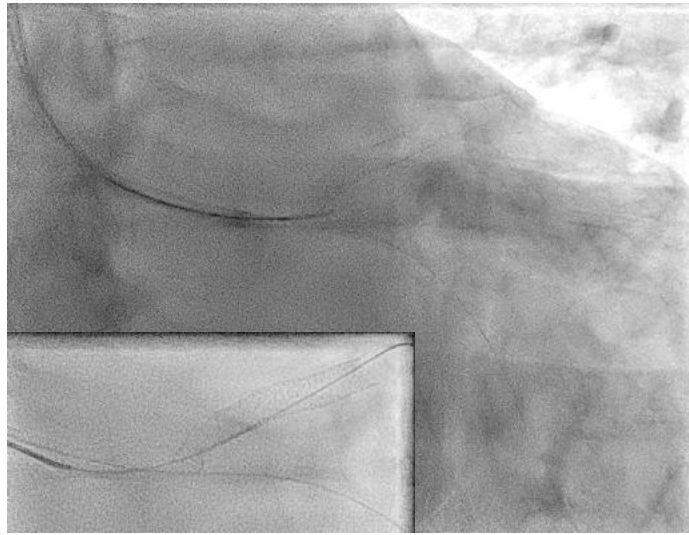
5. Crush technique

6. Guidé par IVUS/OCT

**Matériel :** EBU 4.0 en 7 Fr ; Sion Blue ; SuperCross 90° ; OCT DragonFly 5.

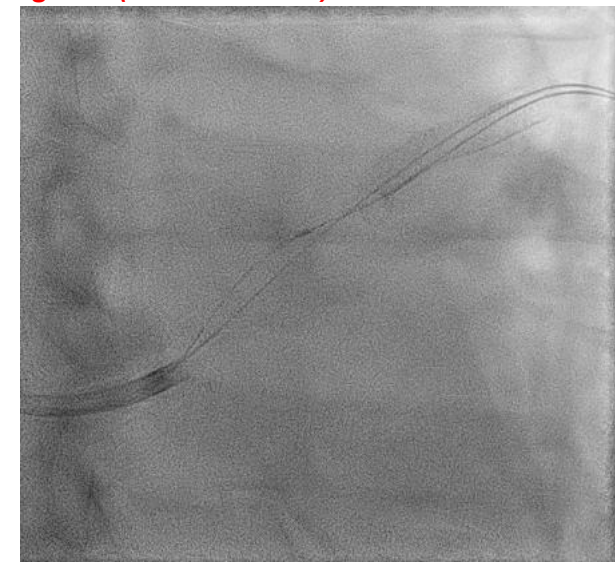


*Échec du passage dans la vraie lumière du stent sous différents angles avec le microcathéter 90° + Sion Blue*

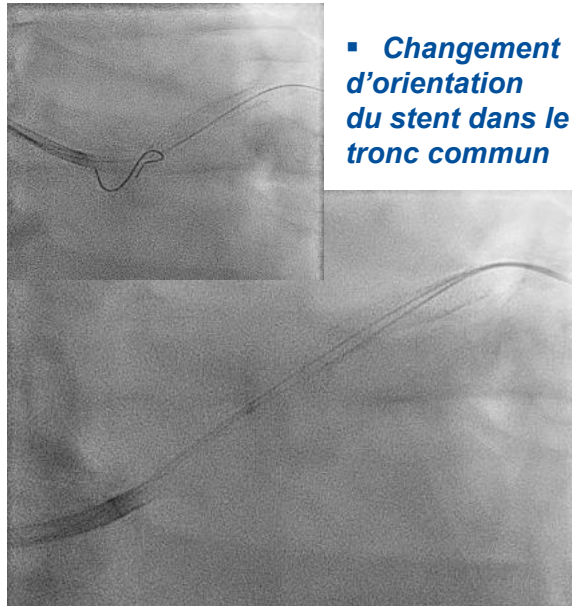
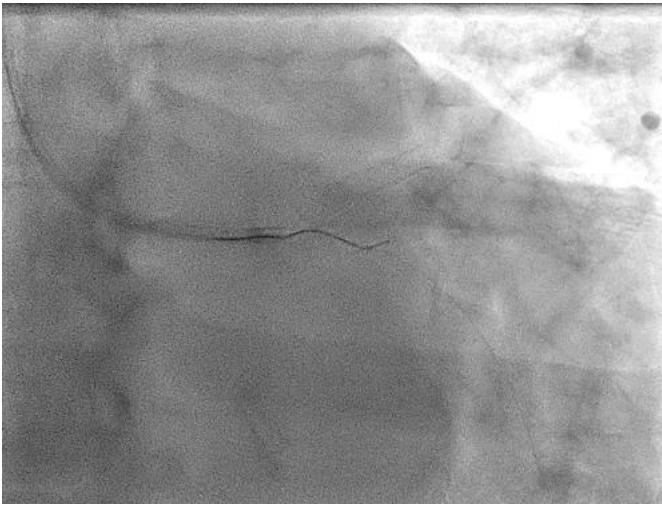


*Passage du 1re guide à l'aide du microcathéter à travers la première maille.  
Repérage et passage du 2e guide en boucle.*

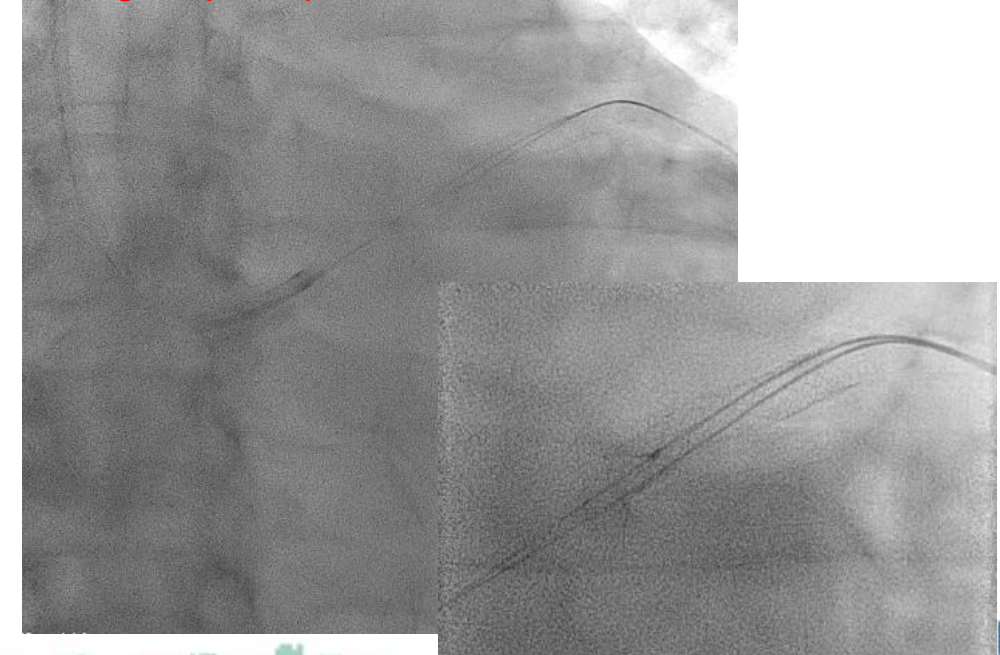
*Résistance avec ballon 1,2 mm sur le 1er guide (microcathéter)*



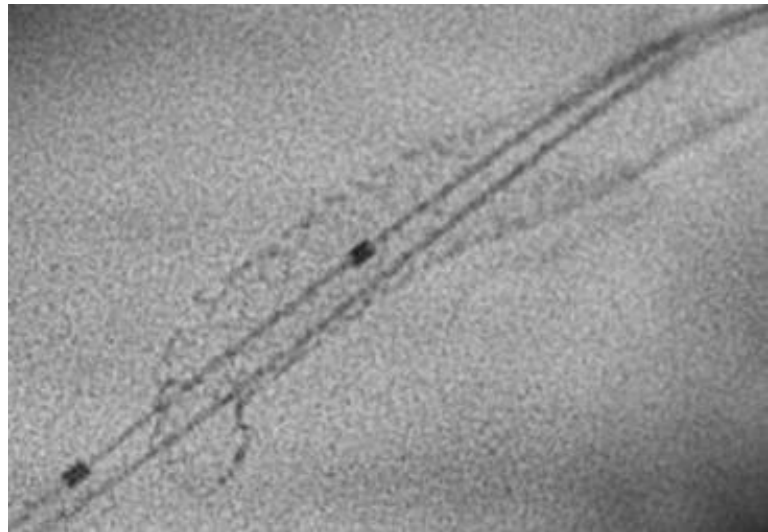
*Passage facile du ballon 1,2 mm sur le 2e guide (boucle)*



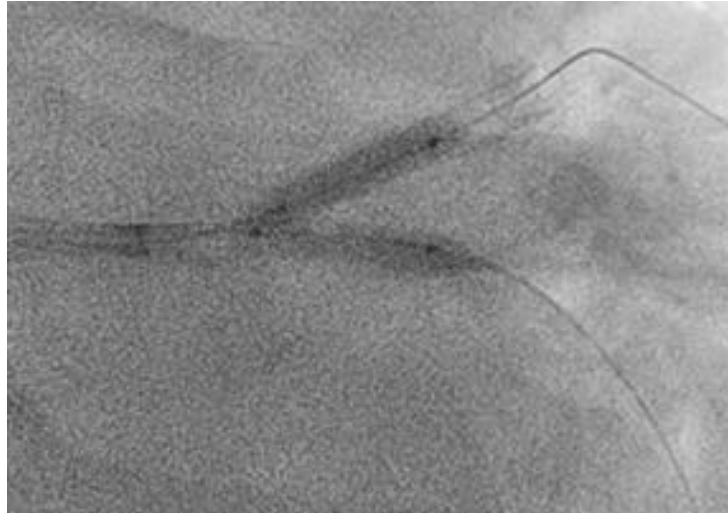
▪ *Changement d'orientation du stent dans le tronc commun*



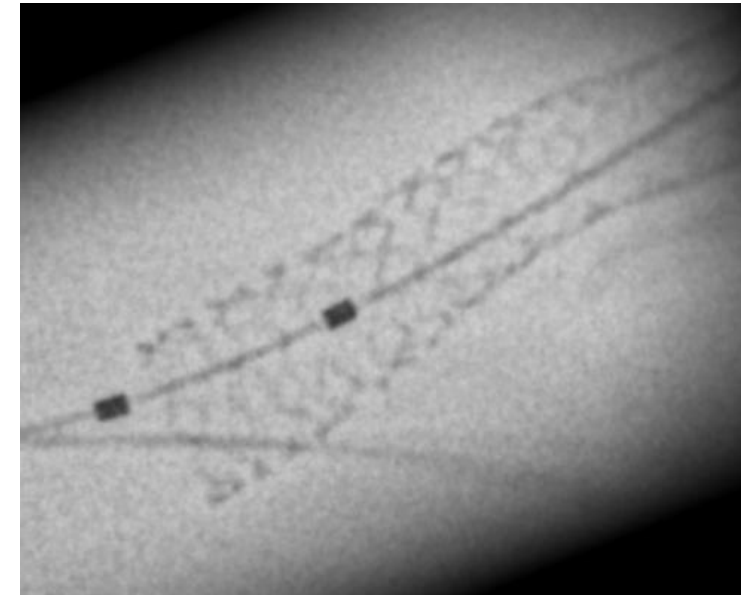
**Ballon NC 2,5 x 15 mm**



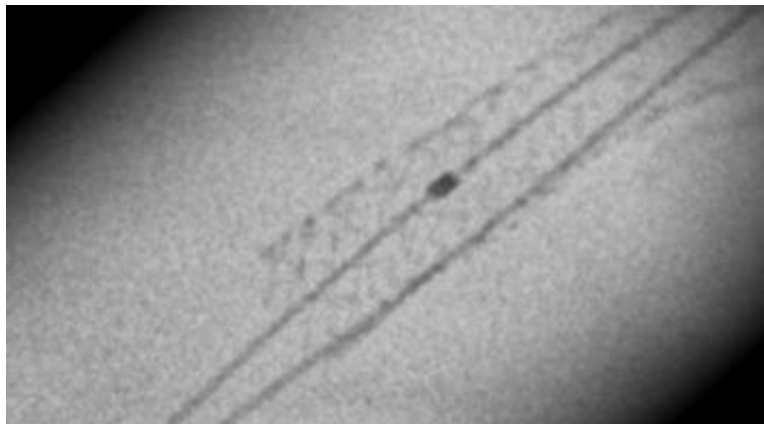
**POT ballon NC 4,5 mm  
+ Kissing ballon NC 3,5/3,5mm**



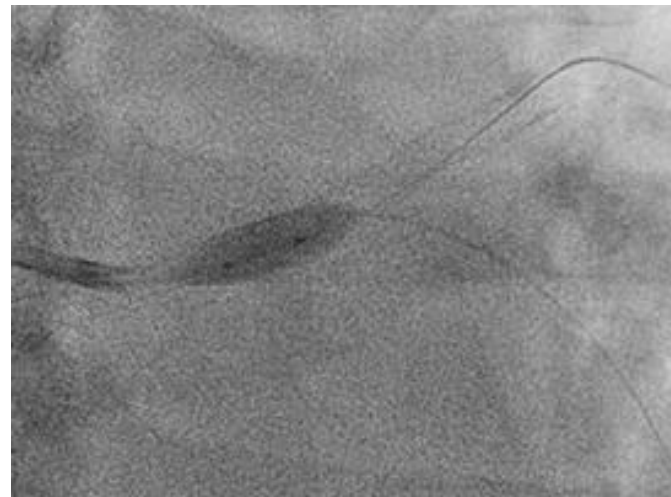
**Architecture restaurée et redéployé**



**Ballon NC 4 x 15 mm**



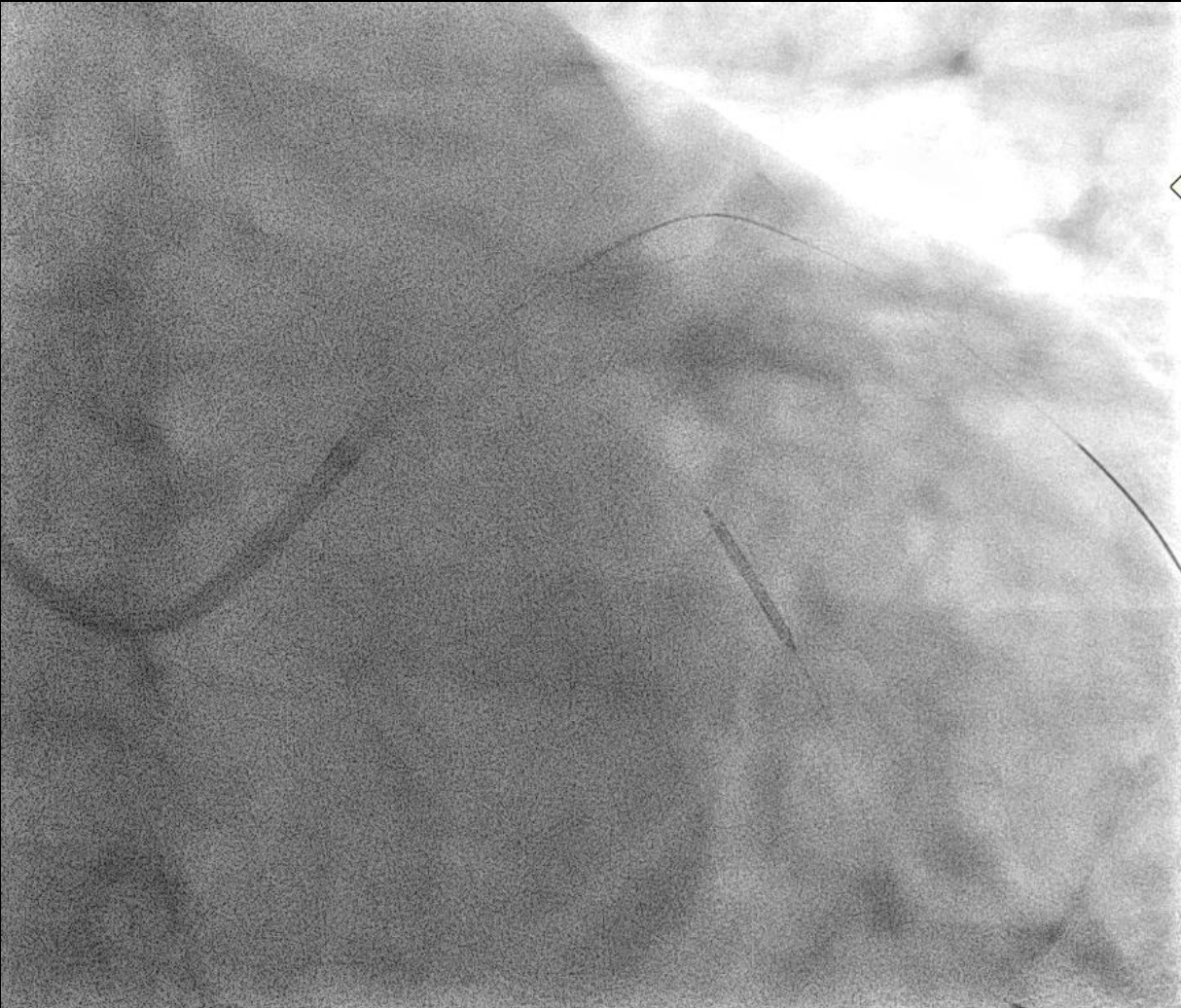
**RePOT Ballon NC 5,5 x 8 mm**



# Angioplastie de la Cx

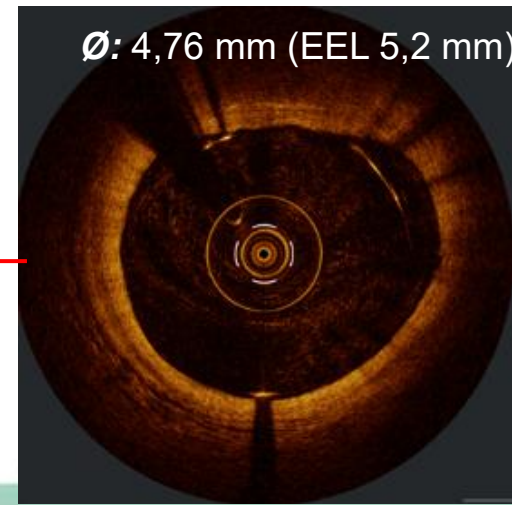
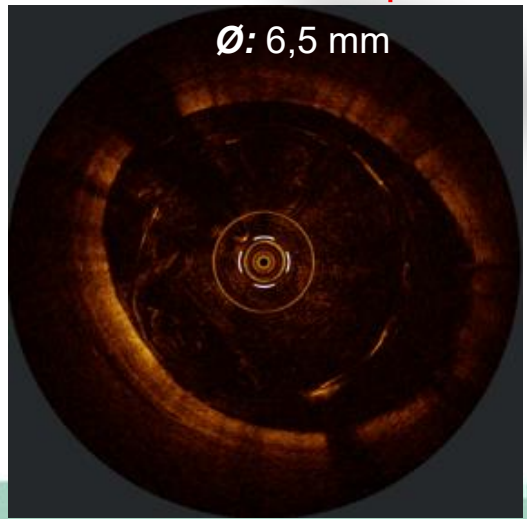
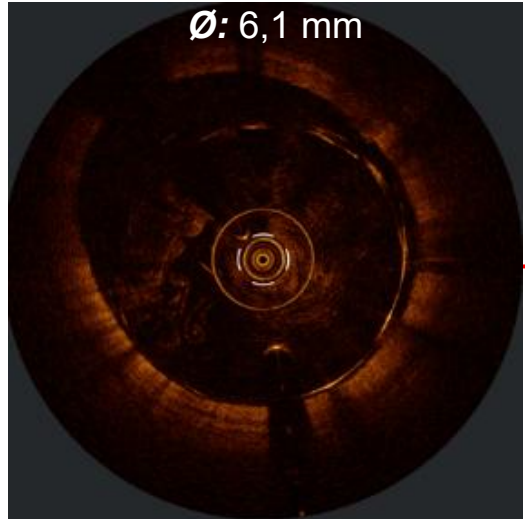
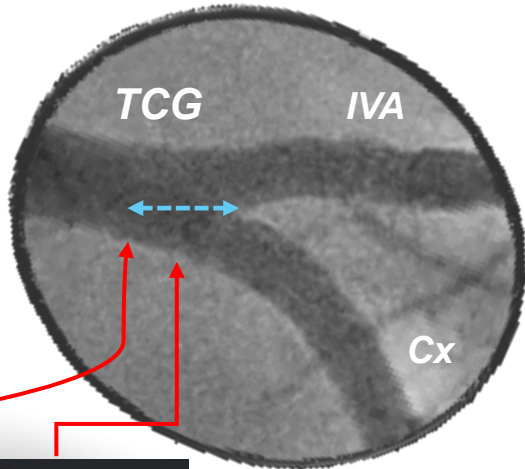
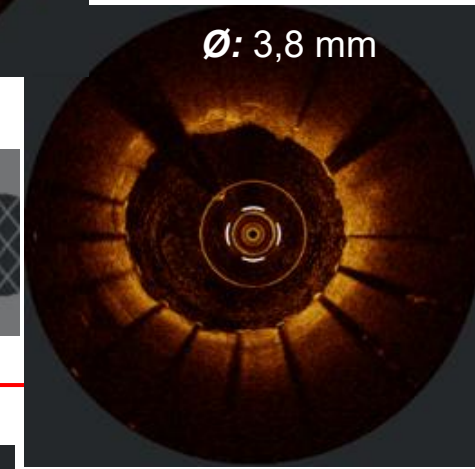
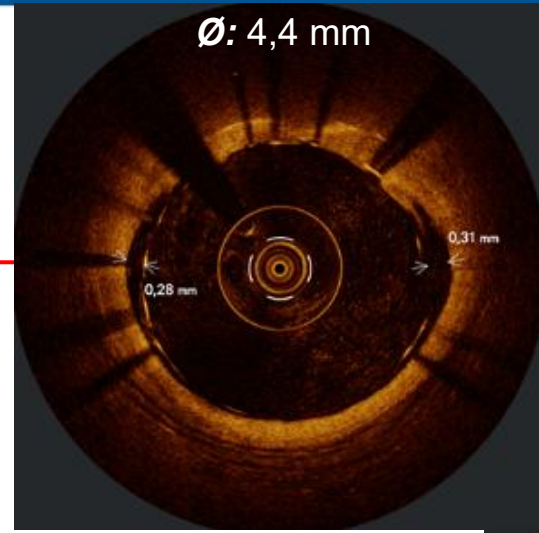
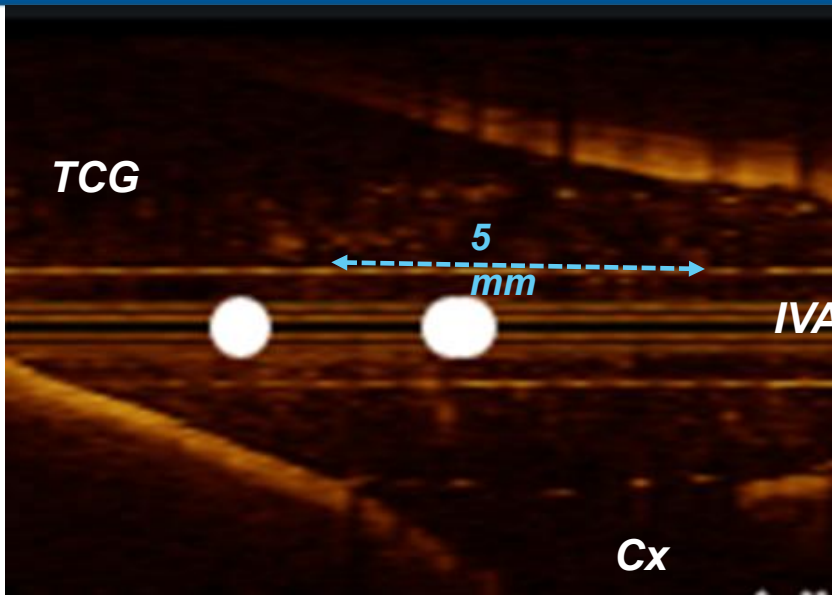
Direct stenting :  
DES 4,5 × 12 mm

Surexpansion du stent en distalé  
Fine dissection sans signe de gravité  
Flux TIMI III



# OCT: IVA - TCG

- *Élongation du stent : 34 → 36 mm post-déploiement ( $\Delta$  2 mm)*
- *Débordement dans le TCG : ~ 5 mm*
- *Guide dans la vraie lumière du stent, sans mailles crushé.*

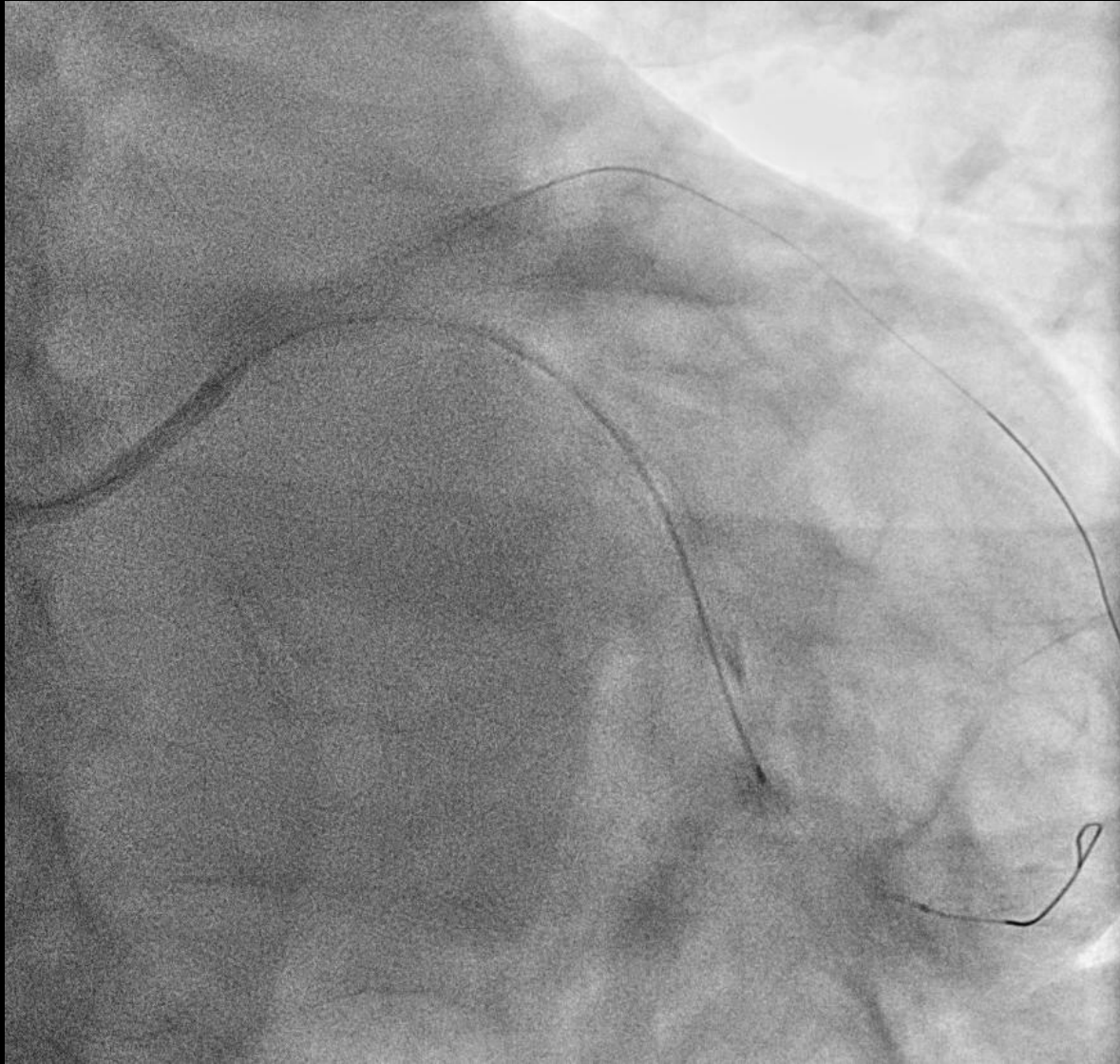


**TCG :**  
*Malapposition sévère*  
*Recoil du stent: 10 % ( $\varnothing$  5 mm)*

**IVA ostiale ~ 3 mm:**

- Malapposition:**
- *200-300  $\mu$ m*
  - *Longueur  $\leq$  3 mm*
  - *Extension < 60°- 90°*

## Run OCT Cx - TCG



Dissection sévère en sortie du stent,  
avec hématome en distalité

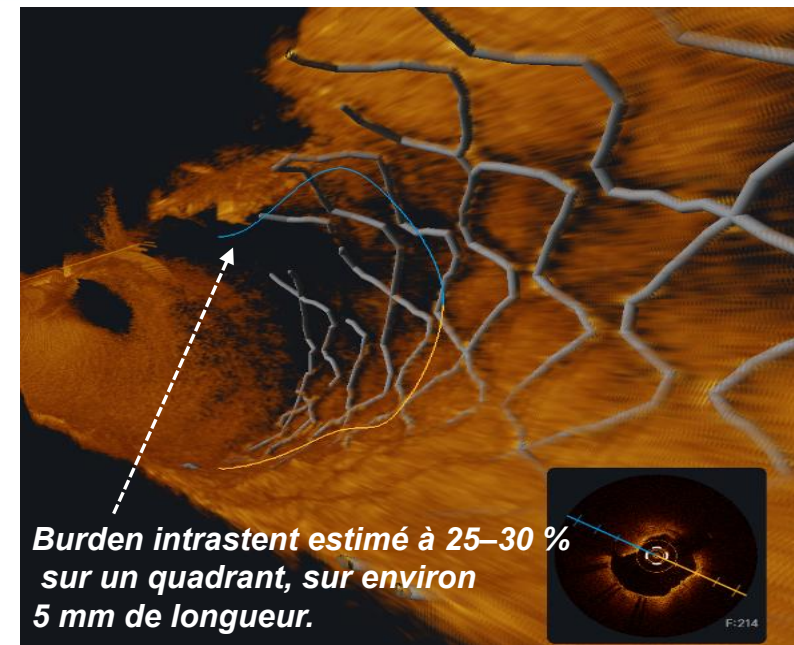
Référence proximale

OCT: Cx

EEL 4,59 mm  
Lumière 3,80 mm

TCFA: 45 µm

DES 4,5 x 12 mm



TCG

❖ Dissection distale en sortie du stent, avec hématome intramural

- **Lumière :**  
Ø: 4mm  
Area: 12,50 mm<sup>2</sup>
- **Déploiement:**  
MSA/MLA: 105%  
MSA/MEELA: 88%
- **Stent Recoil: 11% (Ø 4mm)**
- **Stent Elongation: 1,2 mm (13,2 mm)**

# Résultat final

**Produit de Contraste : 140 ml**

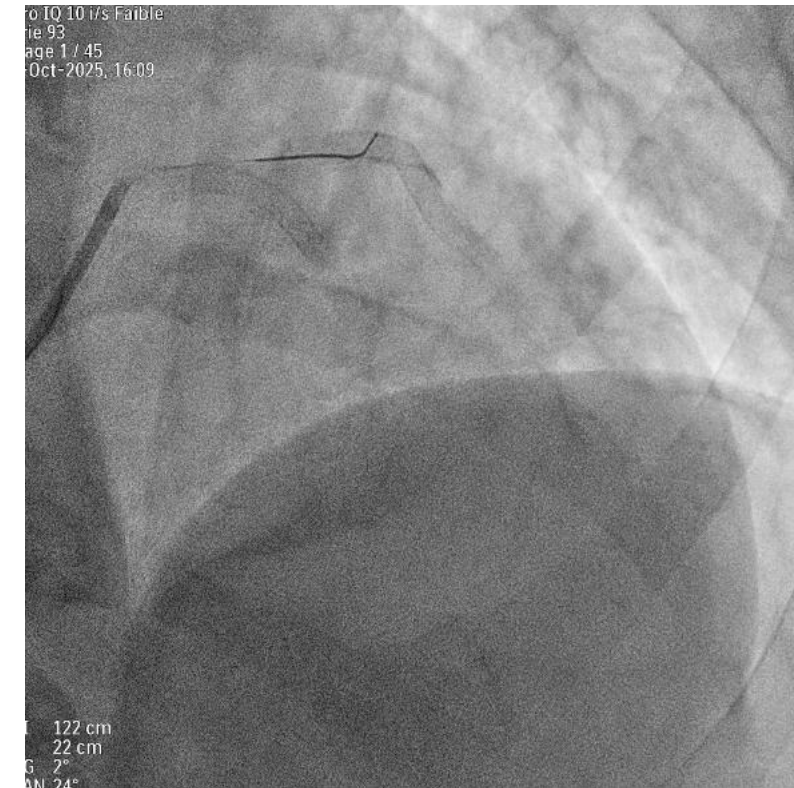
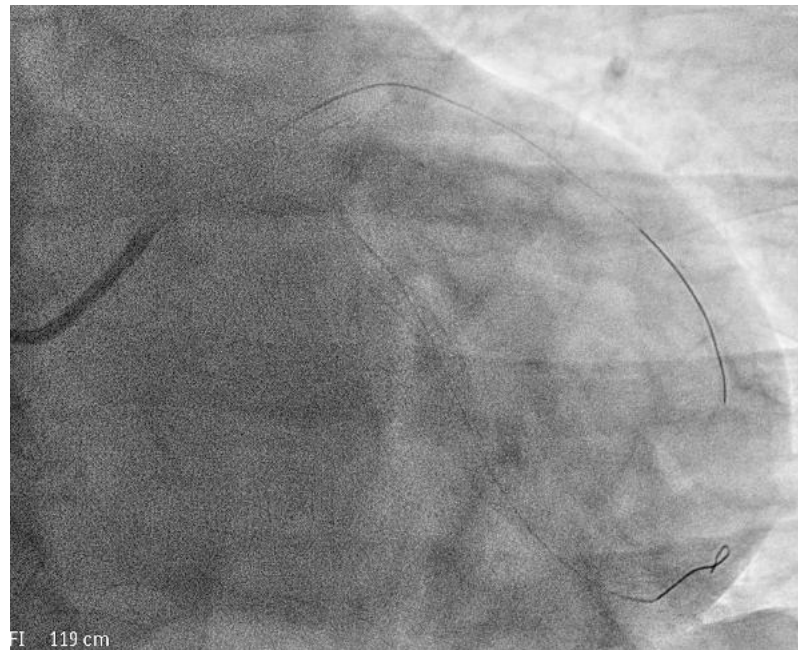
**Tps scopie : 32,23 min**

**Fonction rénale non dégradée, stable**

**Trithérapie antithrombotique 7 jours**

**Implantation d'un stent 3,5 × 34 mm,  
jonctif, sur la Cx, post-dilaté en proximité à 3,8 mm**

**RePOT TCG ballon  
semicompliant 6 mm**



# Take Home Message

- ✓ *Pas de technique fiable pour une pose “au ras” du stent sans débord : lésions ostiales  
→ privilégier le **crossover main – side***
- ✓ *Imagerie intracoronaire (OCT/IVUS) pour optimiser le résultat dans les lésions complexes.*
- ✓ *Relecture de la coronarographie antérieure avant la procédure.*
- ✓ *Attention à l'élongation du stent dans les lésions **longues, lipidiques, artères de grand calibre, surtout en bifurcation.***
- ✓ *Bonne **coaxialité du cathéter guide** = clé pour une manipulation précise et sûre.*
- ✓ ***Protrusion de plaque** à travers les mailles du stent → risque **d'événements indésirables**  
(absence de drogue sur la face endoluminale des mailles).*