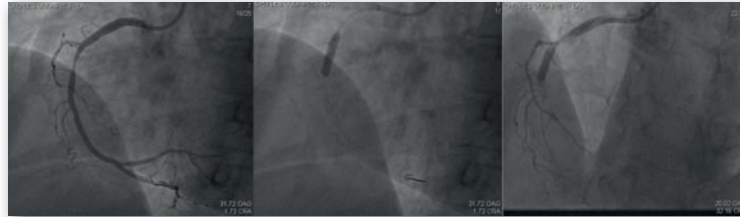


Soirée D.I.S.C.O. Vendéenne

E. BOIFFARD, H. POULIQUEN, CHD Vendée (La Roche-sur-Yon)

Madame D., 51 ans, tabagique, sans autre antécédent, est admise aux soins intensifs de cardiologie du CHD Vendée le 26 décembre pour douleur thoracique. Devant des modifications dynamiques du segment ST dans le territoire inférieur, elle est transférée en salle de coronarographie dans l'heure suivante après doses de charge de ticagrelor PO (180 mg), d'aspirine par voie IV (125mg) et lovenox pour voie IV (50mg/kg).



Figures 1, 2 et 3



Figures 4, 5 et 6

La coronarographie est réalisée par voie radiale droite, désilet 6F, sonde diagnostique JL4 Cordis pour le réseau gauche puis cathéter guide AR2 Launcher. Il est mis en évidence une lésion de type A athéromatose, flux TIMI3, sur un réseau droit dominant et athéromateux. Un guide d'angioplastie est mis en place (BMW Abbott) pour une angioplastie ad hoc. Il est réalisé une angioplastie par direct stenting avec un stent Optimax (Hexacath) de 4X16 mm impacté à 12 atmosphères pendant 20 secondes. Une rapide injection semble montrer un bon résultat.

Le guide est enlevé et le contrôle est fait laissant apparaître deux images sténosantes en aval mais surtout en amont du stent. Il est alors injecté 1 mg intracoronaire d'isosorbide dans l'hypothèse d'une réaction spastique puis un nouveau contrôle est fait mettant en évidence une image en papillote autour du stent puis une occlusion de la coronaire en aval, s'accompagnant d'un sus-décalage du segment ST

en inférieur puis d'une douleur chez notre patiente (Figures 1, 2 et 3). Dans l'urgence, le guide BMW est redescendu dans la coronaire droite, au fond de l'IVP pour nous permettre de réaliser une thromboaspiration, dans l'hypothèse d'une thrombose extensive. La thromboaspiration est un échec et il est rapidement décidé d'implanter deux nouveaux stents : Optimax 3,5X28 en aval puis Optimax 3,5X16 en amont. Le contrôle angiographique apporte alors le diagnostic de cette complication.

Il s'agit d'un hématome disséquant extensif de la paroi de la coronaire droite, fermé en amont mais s'étendant dorénavant en aval jusqu'à la crux, poussé par le stent (Figures 4, 5 et 6). Il n'est pas possible de savoir si la lésion initiale est un hématome de la femme jeune, ou si l'hématome est la conséquence de la première dilatation avec un stent probablement un peu surdimensionné.

La différence entre la dissection coronaire et l'hématome de paroi est l'absence de porte d'entrée / sortie. L'hématome ne pouvant se purger, prisonnier entre l'intima/media et l'adventice, il obstrue la lumière de l'artère. Riche de l'expérience Clermontoise (Pr Pascal Motreff) nous décidons de purger l'hématome en créant une dissection à l'aide d'un Flextome (Boston) 2,75X10 appliqué à 12 atmosphères pendant 30 secondes sur le troisième segment, en amont de la crux (Figures 7 et 8).

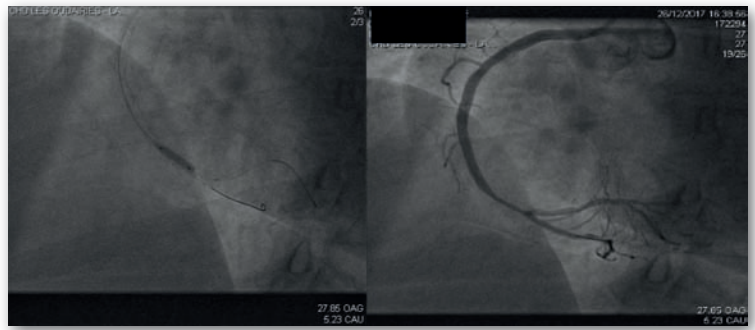
Ce geste permet la récupération d'un flux TIMI3, la disparition des anomalies électriques et de la douleur. Nous arrêtons l'énoxaparine et remplaçons le ticagrelor par du clopidogrel pour améliorer la balance risque de thrombose de stent / extension de l'hématome sur IVP et RVP. Un contrôle coronarographique est programmé à 1 mois, la patiente rentre à domicile au cinquième jour.

La patiente revient fin janvier pour le contrôle. Elle décrit dans l'intervalle de nombreuses douleurs thoraciques d'allure angineuses mais spontanément résolutive en quelques minutes et indépendantes de l'effort. L'angiographie met en évidence une évolution anévrysmale suite à la dissection, au niveau du troisième segment, mais également autour des stents du deuxième segment, avec des stents « flottant » dans le vrai chenal, confirmé par OCT (Figures 9, 10 et 11). Il est également mis en évidence du thrombus dans les stents non appliqués, expliquant probablement les douleurs sur microembols.

La procédure est stoppée. La patiente est remise sous ticagrelor et enoxaparine le temps de la réflexion.

Soixante-douze heures plus tard, la patiente est reprise pour création d'une « neo-cru » puis fermeture de l'anévrysme par stents couverts. Deux guides BMW sont mis en place, l'un dans l'IVP, l'autre dans la RVP. Un stent Xience 3X28 mm est impacté de CD3 vers la RVP puis la maille est ouverte vers l'IVP, permettant de recréer une carène et servir d'appui. Un diamètre de 3 mm est choisi car la RVP et l'IVP ne sont pas disséquées et mesurent environ 3 mm de diamètre.

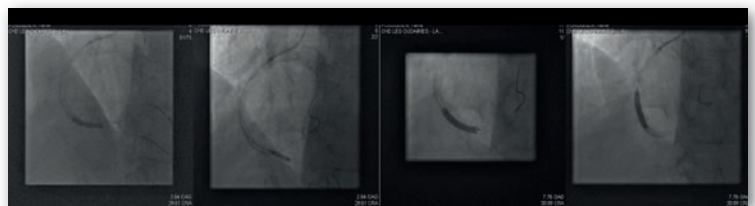
Nous avons ensuite impacté un stent couvert Papyrus 4X28 (Biotronik) dans le Xience, à ras de la bifurcation afin de ne pas occlure les 2 branches filles. Enfin, nous avons mis un second stent Papyrus, identique (4X28) en amont et jointif du précédent, à remonter jusqu'au deuxième segment de la droite hors zone anévrysmale (Figures 12, 13, 14 et 15). L'étanchéité du montage est tout d'abord affirmée par angiographie puis par OCT.



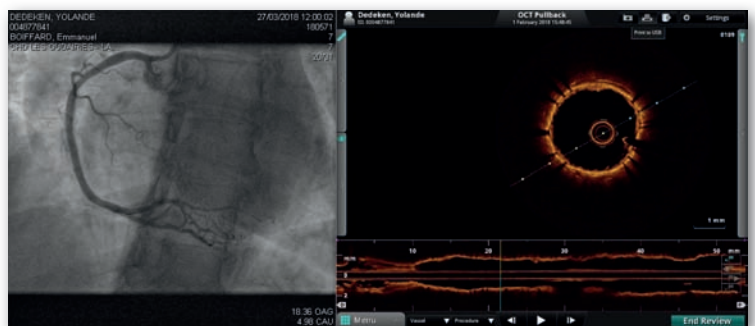
Figures 7 et 8



Figures 9, 10 et 11



Figures 12, 13, 14 et 15



Figures 16 et 17

Fin mars, un contrôle systématique par angiographie et OCT a été réalisé permettant d'affirmer l'étanchéité du montage et l'endothélialisation des stents couverts (Figures 16 et 17).

Ce cas nous montre que l'hématome de paroi ou la dissection coronaire de la femme jeune ne sont pas toujours spontanés mais peuvent être iatrogènes. La conduite à tenir est cependant identique. Il faut éviter au maximum la mise en place d'un stent au risque de pousser l'hématome en amont ou en aval. Quand l'hématome est occlusif, il

faut le purger en disséquant l'artère, en coupant l'intima/media avec un ballon de scoring, ballon indispensable en salle de coronarographie.

Quand le flux est TIMI3 sur une dissection spontanée ou iatrogène après scoring, il faut contrôler à distance la coronarographie, l'évolution anévrysmale étant possible comme dans ce cas. Enfin, les stents couverts de dernière génération ont transformé les indications et le service rendu grâce à un profil grandement amélioré, de nombreuses tailles disponibles et une certaine compliance.