

Cas clinique

Homme 49 ans

F risque CV :

HTA

Tabagisme 20 PA sevré depuis 9 ans

Antécédent : FA paroxystique, dernier accès 2012

TT : Kerlone 10 mg, Flécaïne Lp 150 mg, Amlor 5 mg

Clinique

Douleur thoracique atypique

ECG : normal

Echo cœur normal

Troponine normale

EE programmée

Arrêt Kerlone 2 jours

Veille de l'EE : douleur thoracique à la marche
avec malaise

ECG : normal



er

CENTRE CARDIOLOGIQUE CASA-ANFA
XA - MONOCHROME2
Study: 19012016181351
Series: 1
Instance: 19



VV256 L128

Que faire pour la bissectrice ?

Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Management of)

ESC Clinical Practice Guidelines

Primary PCI should be limited to the culprit vessel with the exception of cardiogenic shock and persistent ischaemia after PCI of the supposed culprit lesion.

IIa

B

Seule l'artère coupable devrait être traitée durant l'acte initial
Pas d'évidence pour traiter les lésions non coupables

Seules exceptions :

- Choc cardiogénique avec sténose réellement critiques ($\geq 90\%$) ou hautement instables (thrombus, rupture)
- Ischémie persistante après ICP de l'artère présumée coupable

Angioplastie des artères non coupables

Recommandation AHA / ACC 2013

Classe III : Harm (délétère)

L'angioplastie des artères non coupables ne devait pas être effectuée chez les patients hémodynamiquement stables (niveau d'évidence B)

Lésion coupable seulement vs revasc. complète?

Etude PRAMI

Etude Britannique, 5 centres, 2008-2013, 465 STEMI

2428 STEMI

1922 non éligibles
(1122 monolésions)

465 inclus après succès angioplastie primaire

Randomisation :

angioplastie lésion coupable seule
VS
angioplastie lésion coupable + toutes lésions >50%

ORIGINAL ARTICLE

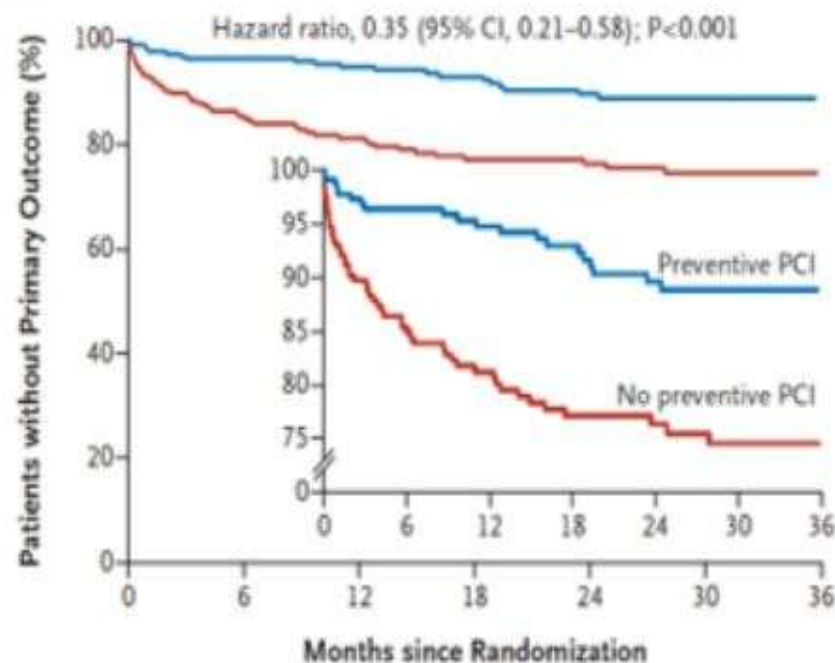
Randomized Trial of Preventive Angioplasty
in Myocardial Infarction



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Etude PRAMI

Etude Britannique, 5 centres, 2008-2013, 465 STEMI



Etude stoppée prématurément

Angioplastie préventive = **-65% MACE***Wald DS, New Engl J Med 2013*

| | Preventive PCI (n=234) | No Preventive PCI (n=231) | HR (95% CI) | p value |
|---|---------------------------|------------------------------|-------------------|---------|
| Décès cardiaque, IDM non fatal, angor réfractaire | 21 | 53 | 0.35 | <0.001 |
| • Décès cardiaque | 4 | 10 | 0.34 | 0.07 |
| • IDM non fatal | 7 | 20 | 0.32 | 0.009 |
| • Angor réfractaire | 12 | 30 | 0.35 | 0.002 |
| Décès non cardiaque | 8 | 6 | 1.10 | 0.86 |
| Nouvelle Revascularisation | 16 | 46 | 0.30 | <0.001 |

ESC/EACTS Guidelines in Myocardial Revascularisation (Guidelines for)

ESC Clinical Practice Guidelines

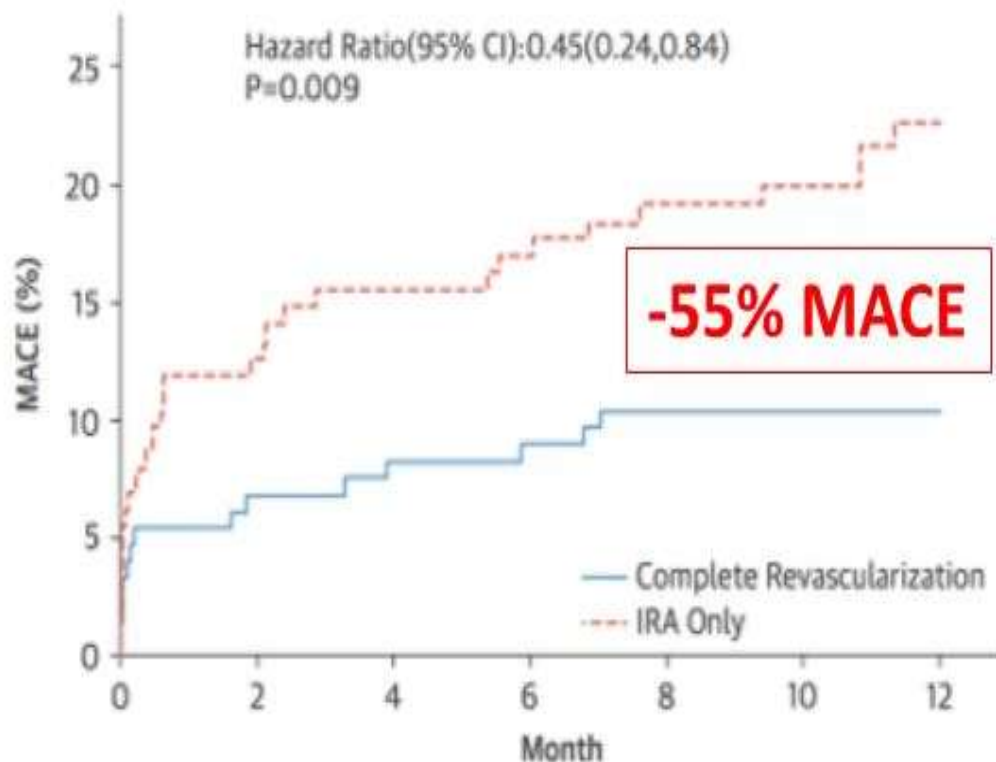
| | | |
|---|-----|---|
| Immediate revascularization of significant non-culprit lesions during the same procedure as primary PCI of the culprit vessel may be considered in selected patients. | IIb | B |
|---|-----|---|

Le traitement des artères non coupables devrait être considéré dans :

- Choc cardiogénique avec multiples sténoses ou hautement instables (thrombus, rupture)
- Ischémie persistante après ICP de l'artère présumée coupable

Etude CvLPRIT

Etude Britannique, 7 centres, 2011-2014, 298 STEMI

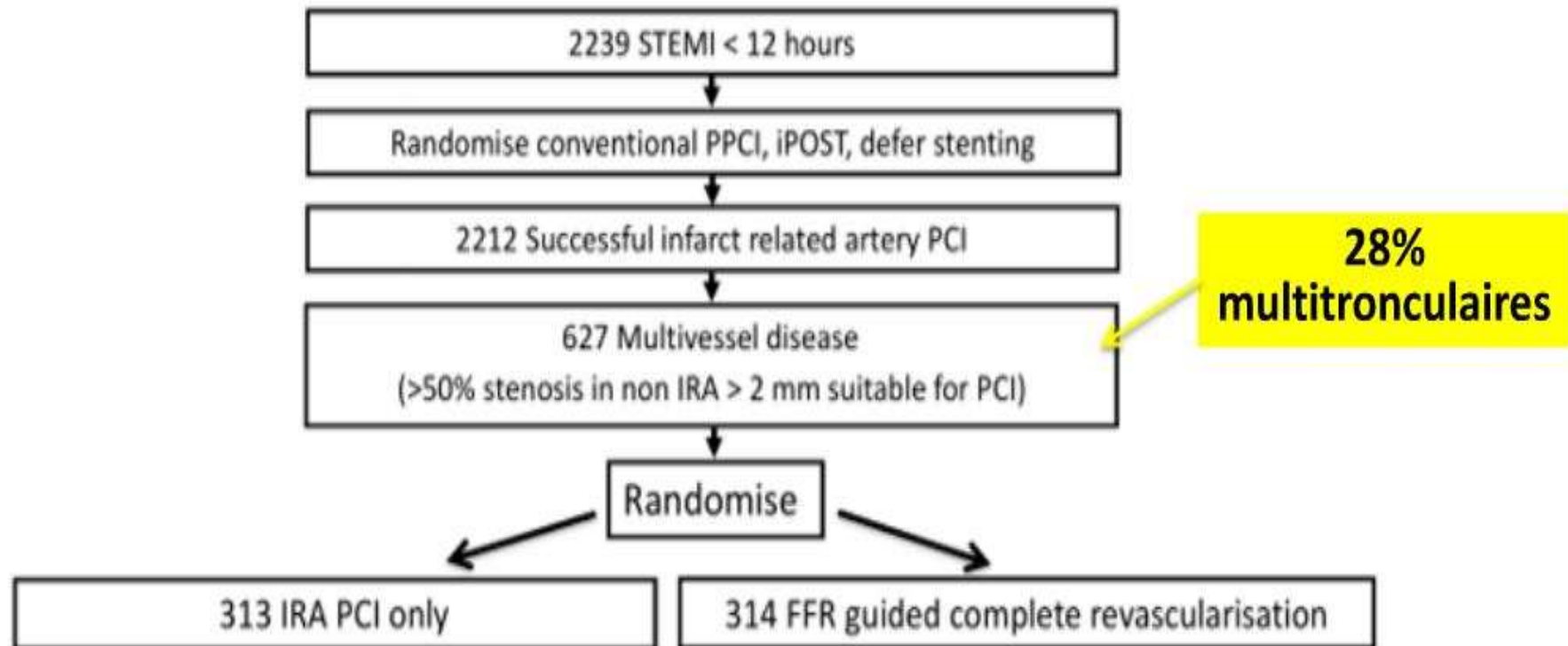


| | Complete Revascularization (n = 150) | IRA-Only Revascularization (n = 146) | HR (95% CI) | p Value |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------|---------|
| Time to first event | | | | |
| MACE | 15 (10.0) | 31 (21.2) | 0.45 (0.24-0.84) | 0.009 |
| All-cause mortality | 2 (1.3) | 6 (4.1) | 0.32 (0.06-1.60) | 0.14 |
| Recurrent MI | 2 (1.3) | 4 (2.7) | 0.48 (0.09-2.62) | 0.39 |
| HF* | 4 (2.7) | 9 (6.2) | 0.43 (0.13-1.39) | 0.14 |
| Repeat revascularization | 7 (4.7) | 12 (8.2) | 0.55 (0.22-1.39) | 0.20 |
| All events | | | | |
| All-cause mortality | 4 (2.7) | 10 (6.9) | 0.38 (0.12-1.20) | 0.09 |
| Recurrent MI | 2 (1.3) | 4 (2.7) | 0.47 (0.09-2.59) | 0.38 |
| Type 1 | 0 | 2 | | |
| Type 4b | 2 | 2 | | |
| HF | 5 (3.3) | 10 (6.9) | 0.47 (0.16-1.38) | 0.16 |
| Inpatient | 3 | 7 | | 0.56 |
| Post-discharge | 2 | 3 | | |
| Repeat revascularization | 8 (5.3) | 16 (11.0) | 0.46 (0.20-1.08) | 0.07 |
| Safety | | | | |
| CV mortality | 2 (1.3) | 7 (4.8) | 0.27 (0.06-1.32) | 0.11 |
| Stroke | 2 (1.3) | 2 (1.4) | 0.95 (0.13-6.77) | 0.96 |
| Major bleed | 4 (2.7) | 7 (4.8) | 0.55 (0.16-1.87) | 0.34 |
| Contrast-induced nephropathy | 2 (1.4) | 2 (1.4) | 0.94 (0.13-6.75) | 0.95 |

Gershlick A, J Am Coll Cardiol 2015

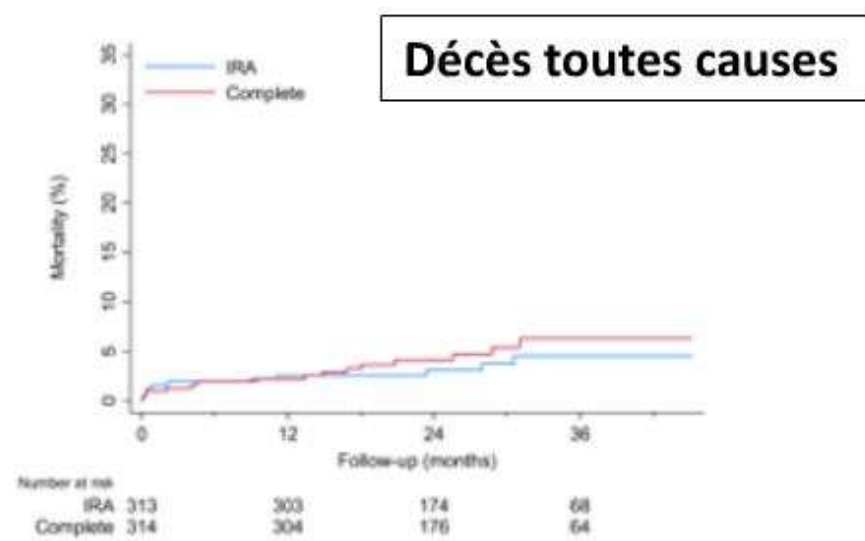
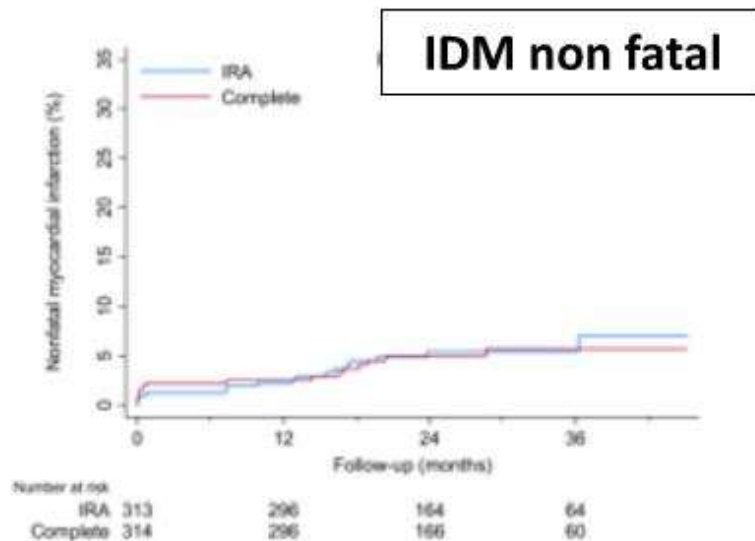
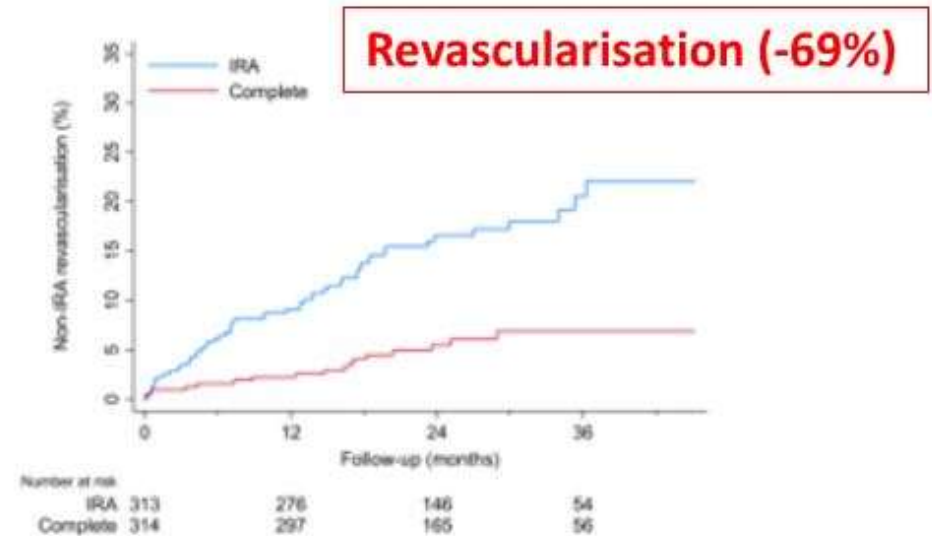
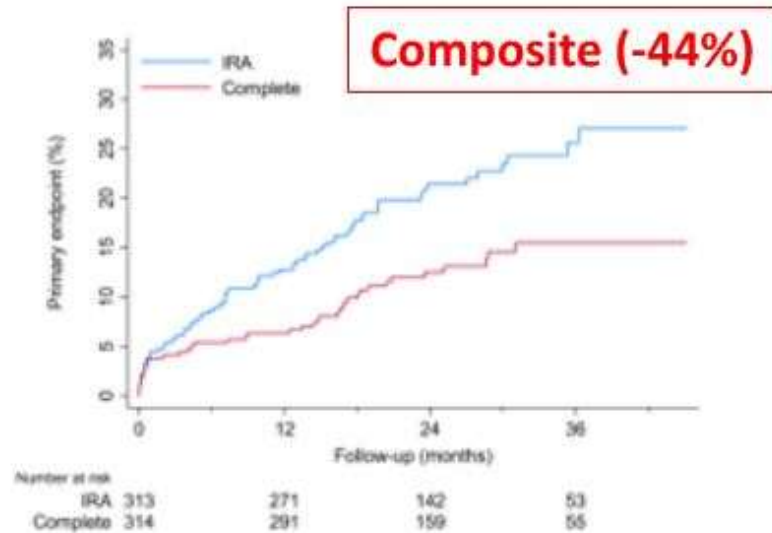
Place de la FFR ?

Etude DANAMI 3 - PRIMULTI



Etude DANAMI 3 - PRIMULTI

Engstrom T, Lancet 2015



PRAGUE 13

214 patients STEMI avec au moins 1 sténose d'artère non coupable $\geq 70\%$

106 : PCI revascularisation complète

108 : PCI de l'artère coupable

Table 1. Long-term Outcomes in STEMI Patients by Strategy

| | Complete Revascularization | Conservative Management | HR (95% CI) |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------|
| Primary Composite Endpoint | 16.0% | 13.9% | 1.35 (0.66-2.74) |
| All-Cause Mortality | 5.7% | 6.5% | 0.91 (0.30-2.70) |
| Nonfatal MI | 10.4% | 7.4% | 1.71 (0.66-4.41) |
| Stroke | 0 | 2.8% | – |

2015 ACC/AHA/SCAI Focused Update on Primary Percutaneous Coronary Intervention for Patients With ST-Elevation Myocardial infarction

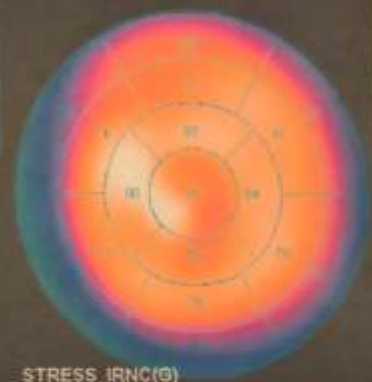
| 2013 Recommendation | 2015 Focused Update Recommendation | Comment |
|--|--|---|
| <p><u>Class III: Harm</u></p> <p>PCI should not be performed in a noninfarct artery at the time of primary PCI in patients with STEMI who are hemodynamically stable (11-13). <i>(Level of Evidence: B)</i></p> | <p><u>Class IIb</u></p> <p>PCI of a noninfarct artery may be considered in selected patients with STEMI and multivessel disease who are hemodynamically stable, either at the time of primary PCI or as a planned staged procedure (11-24). <i>(Level of Evidence: B-R)</i></p> | <p>Modified recommendation (changed class from “III: Harm” to “IIb” and expanded time frame in which multivessel PCI could be performed).</p> |

FRONT
ANT
SEP
LAT
INF
STRESS_IRNC(G)



← Apical Short Axis Basal →

STRESS_IRNC(G)
Date: 2016/02/22 09:43
EF: 67%
EDV: 104ml



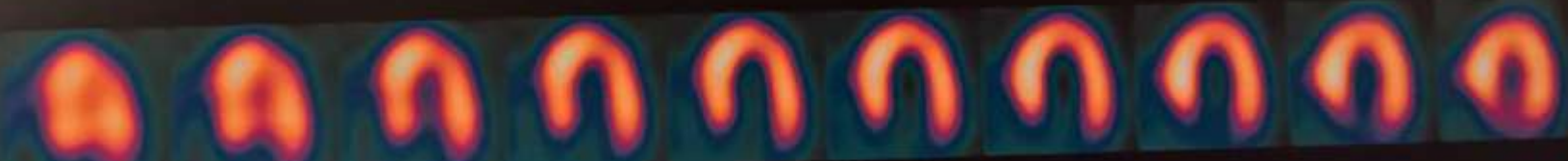
STRESS_IRNC(G)

FRONT
BASE
STRESS_IRNC(G)



← Septal Vertical Axis Lateral →

FRONT
SEP
ANT
BASE
STRESS_IRNC(G)



← Inferior Horizontal Axis Anterior →

Traitement initial

Kerlone 10 mg

Co-plavix 75/100 mg

Flécaïne Lp 150 mg

Amlor 5 mg

TAHOR 40 mg

Mais patient devenu coronarien et CHA₂DS₂-VASc = 2

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

- ① KARDÉCIC 75 1 sachet /;
- ② BELIQUÉ 90 1 cp matin et soir
- ③ ATÉMOLOL 50 1 cp /; le matin
- ④ ASPIRIL 25 1 cp matin et soir
- ⑤ ATORVASTATINE 80 1 /; le so
- ⑥ NOTISERAN 4 feuille (1 fleur) 1 à 2 bouffées en la langue en
cas de douleur à la gorge

STOP ALCOOL
STOP TABAC