



**Un train peut en cacher un autre...**

**CARDIO  
RUN  
2023**

**Philippe Mabo  
Université de Rennes  
29 septembre 2023**

# Mes relations avec l'industrie

- **Bourses de recherche:**

**Abbott, Boston, Biotronik, Medtronic, Microport CRM**

- **Lectures:**

**BMS, Microport CRM, Pfizer**

- **Consultant:**

**Cairdac, Cardiologs, Microport CRM**

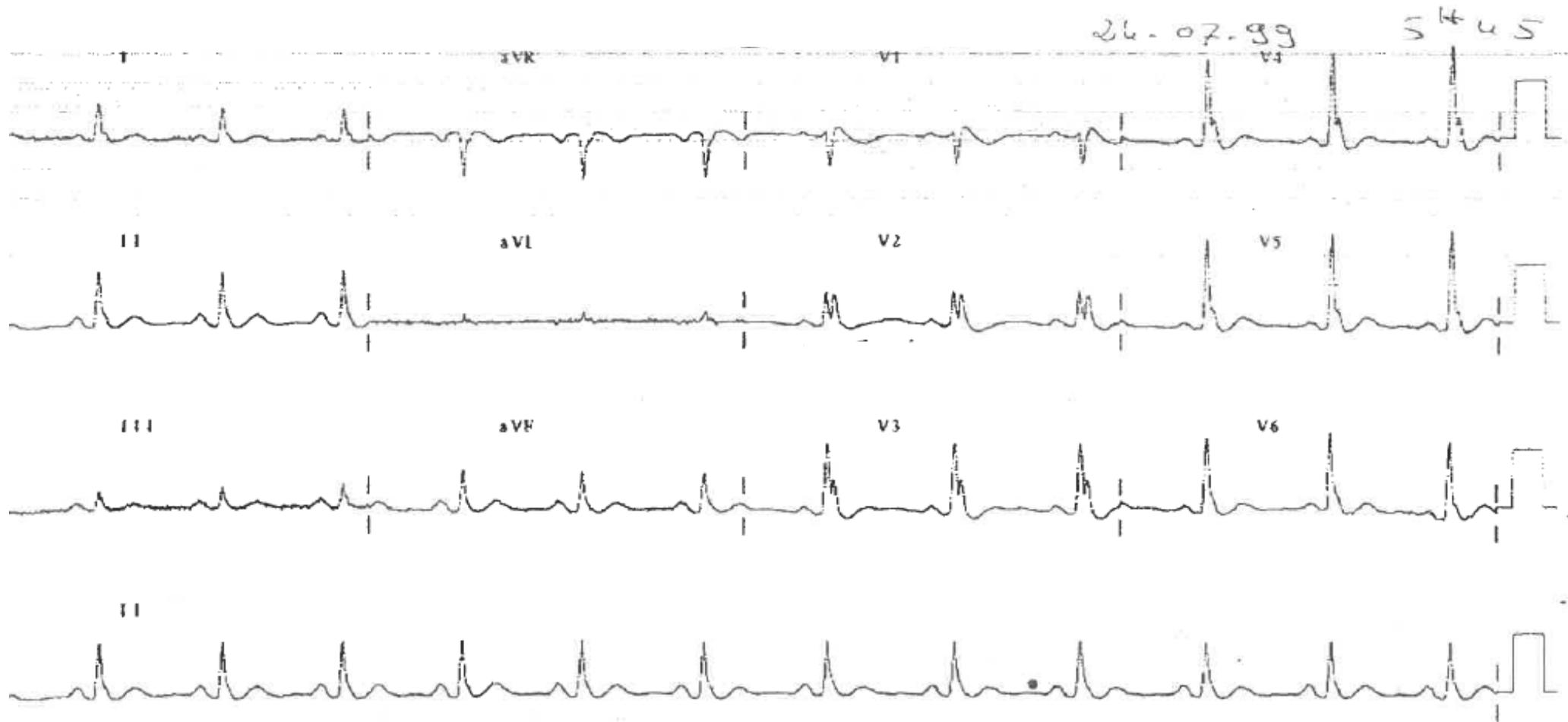
# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **ATCD: spondylartrite ankilosante – Indocid à la demande**
- **Hypercholestérolémie (LDLc 1,45 g/l) non traitée (intolérance aux statines)**
- **Tabac sevré depuis 15 ans (10 PA); pas d'autre FRCV connu**
- **Pas d'ATCD de lipothymie ou syncope**
- **Pas d'histoire familiale CV**
- **24 07 1999:**
  - **dans son sommeil, vers 3h agitation, ronflement, yeux révulsés, perte d'urines (femme témoin)**
  - **récupération complète, rapide, se rendort**
  - **vers 4h30 mêmes symptômes**
  - **Appel du 15**

# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

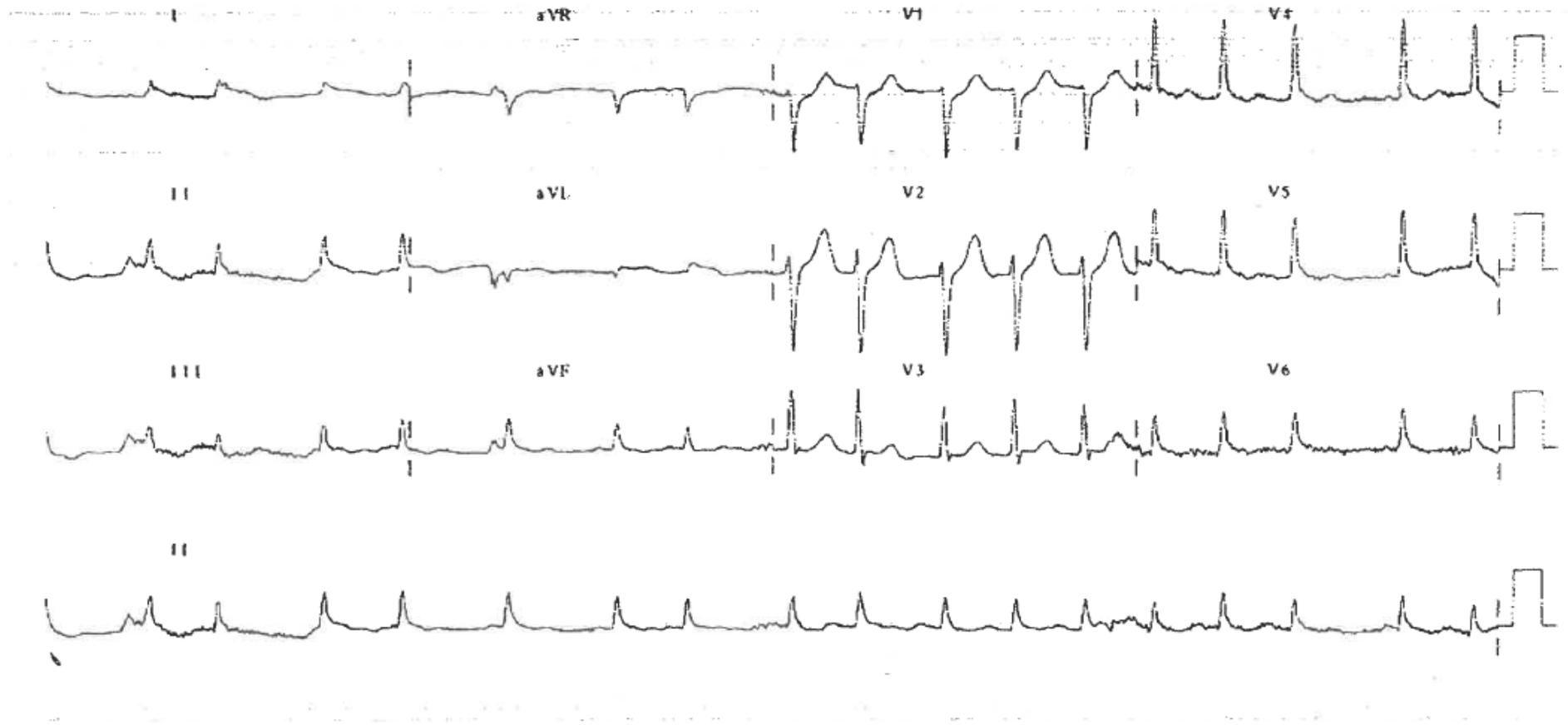
- **Pris en charge par les pompiers pour transfert au CHU de Nantes**
- **5 ACR pendant le trajet, 5 CEE délivrés avec succès par le DSA**
- **Arrivée aux urgences: conscient, pas de franche douleur thoracique, hémodynamique stable**

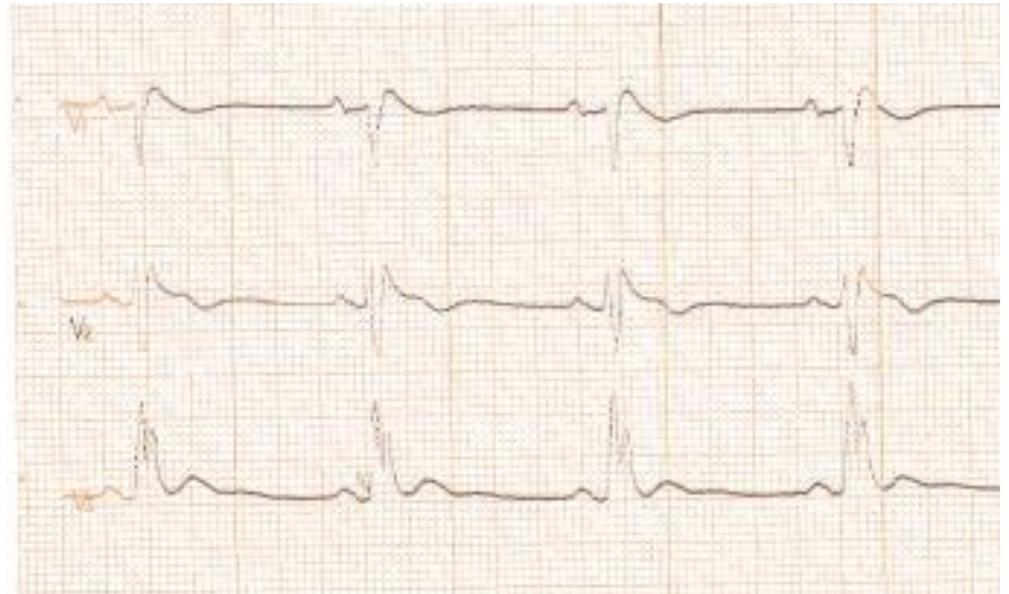
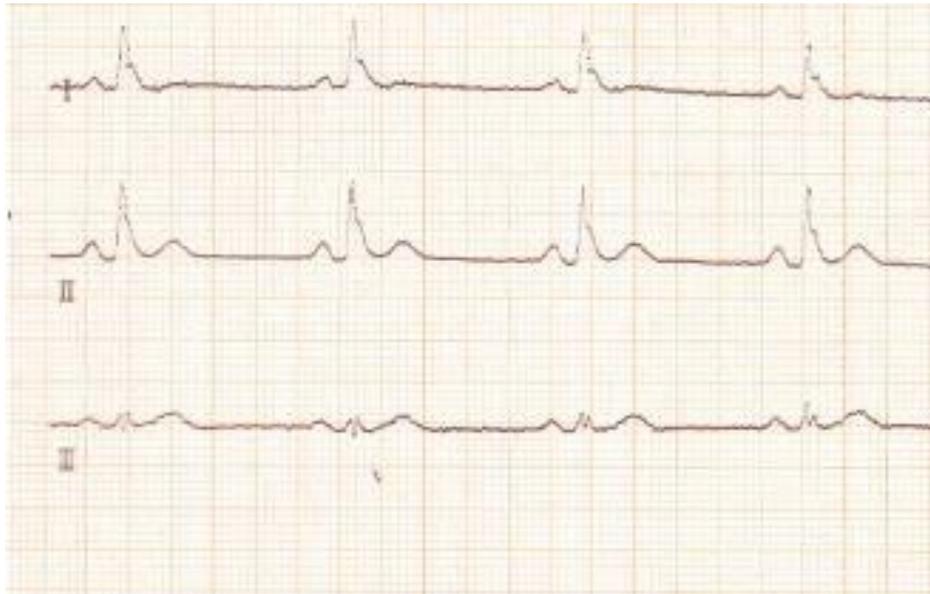
# 1<sup>er</sup> ECG à l'arrivée aux urgences à 5h45



2<sup>ème</sup> ECG à 6h50

24.07.39. 6<sup>h</sup> 50





**ECG 25 07 1999**



# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **Élévation modérée de la troponine US**
- **Echocardiographie normale**
- **Hypothèse numéro 1 ?**

# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **Élévation modérée de la troponine US**
- **Echocardiographie normale**
- **Hypothèse numéro 1 ?**
- **Hypothèse retenue: ischémie myocardique**
- **Indication coronarographie**

# CENTRE HEMODYNAMIQUE

---

## ANGIOGRAPHIE ET CORONAROGRAPHIE :

### **VENTRICULOGRAPHIE GAUCHE EN OAD 30 :**

Ventricule gauche de taille normale à fonction systolique globale et segmentaire normale. Absence d'insuffisance mitrale. Aorte ascendante non dilatée.

### **VENTRICULOGRAPHIE DROITE EN OAD 30 :**

Ventricule droit de taille normale, de cinétique globale apparaissant normale, avec une chambre de chasse qui apparaît également normale. Absence de signe en faveur d'une dysplasie arythmogène ventriculaire droite.

### **CORONAROGRAPHIE :**

Réseau droit dominant.

#### Coronaire gauche :

Tronc commun normal.

L'IVA est le siège d'une sténose serrée à 70 % sur son segment moyen pour un diamètre de référence de 2.9 mm et un MLD de 0.87 mm. Le lit distal de cette artère est long, contournant la pointe, d'un calibre de 2 mm. La diagonale principale émergeant avant la sténose est bien développée, d'un calibre de 2 mm.

L'artère circonflexe, d'un calibre de 2.8 mm, donne une artère marginale s'étendant en position basse. Cette marginale se bifurque immédiatement après son émergence, la branche inférieure étant la plus développée.

#### Coronaire droite :

Elle est dominante, très modérément athéromateuse sur son second segment. Elle donne une IVP courte et une rétroventriculaire postérieure se limitant à une postéro-diaphragmatique grêle mais développée.

### **ANGIOPLASTIE IVA MOYENNE :**

Cathéter-guide JL4. Franchissement de la sténose au guide BMW HYDROPHILE placé en distalité. On choisit de réaliser un stenting direct devant le caractère bien limité de la lésion et le projet de limiter au maximum le taux de resténose compte tenu de la symptomatologie inaugurale.

Mise en place d'une endoprothèse MULTI LINK de 3 mm x 13 larguée à 12 atmosphères.

#### Contrôle angiographique final :

Très bon résultat immédiat avec un aspect même très légèrement surdilaté en aval de l'endoprothèse. Absence de trait de dissection et flux TIMI III en aval. Diamètre de référence 3.1 mm.

---

### **CONCLUSION :**

Maladie monotronculaire de l'IVA moyenne par une sténose serrée, concentrique, de 10 mm. Fonction systolique ventriculaire gauche normale.

Absence de signe en faveur d'une DAVD.

Bon résultat immédiat de l'angioplastie IVA moyenne par stenting direct avec une prothèse MULTI LINK de 3 mm x 13.

Protocole TICLID - ASPIRINE.

## CENTRE HEMODYNAMIQUE

---

ANGIOGRAPHIE ET CORONAROGRAPHIE :

**VENTRICULOGRAPHIE GAUCHE EN OAD 30 :**

Ventricule gauche de taille normale à fonction systolique globale et segmentaire normale. Absence d'insuffisance mitrale. Aorte ascendante non dilatée.

**VENTRICULOGRAPHIE DROITE EN OAD 30 :**

Ventricule droit de taille normale, de cinétique globale apparaissant normale, avec une chambre de chasse qui apparaît également normale. Absence de signe en faveur d'une dysplasie arythmogène ventriculaire droite.

**CORONAROGRAPHIE :**

### CONCLUSION :

Maladie monotronculaire de l'IVA moyenne par une sténose serrée, concentrique, de 10 mm. Fonction systolique ventriculaire gauche normale.

Absence de signe en faveur d'une DAVD.

Bon résultat immédiat de l'angioplastie IVA moyenne par stenting direct avec une prothèse MULTI LINK de 3 mm x 13.

Protocole TICLID - ASPIRINE.

*Restenose compte tenu de la symptomatologie inaugurale.*

Mise en place d'une endoprothèse MULTI LINK de 3 mm x 13 larguée à 12 atmosphères.

Contrôle angiographique final :

Très bon résultat immédiat avec un aspect même très légèrement surdilaté en aval de l'endoprothèse. Absence de trait de dissection et flux TIMI III en aval. Diamètre de référence 3.1 mm.

---

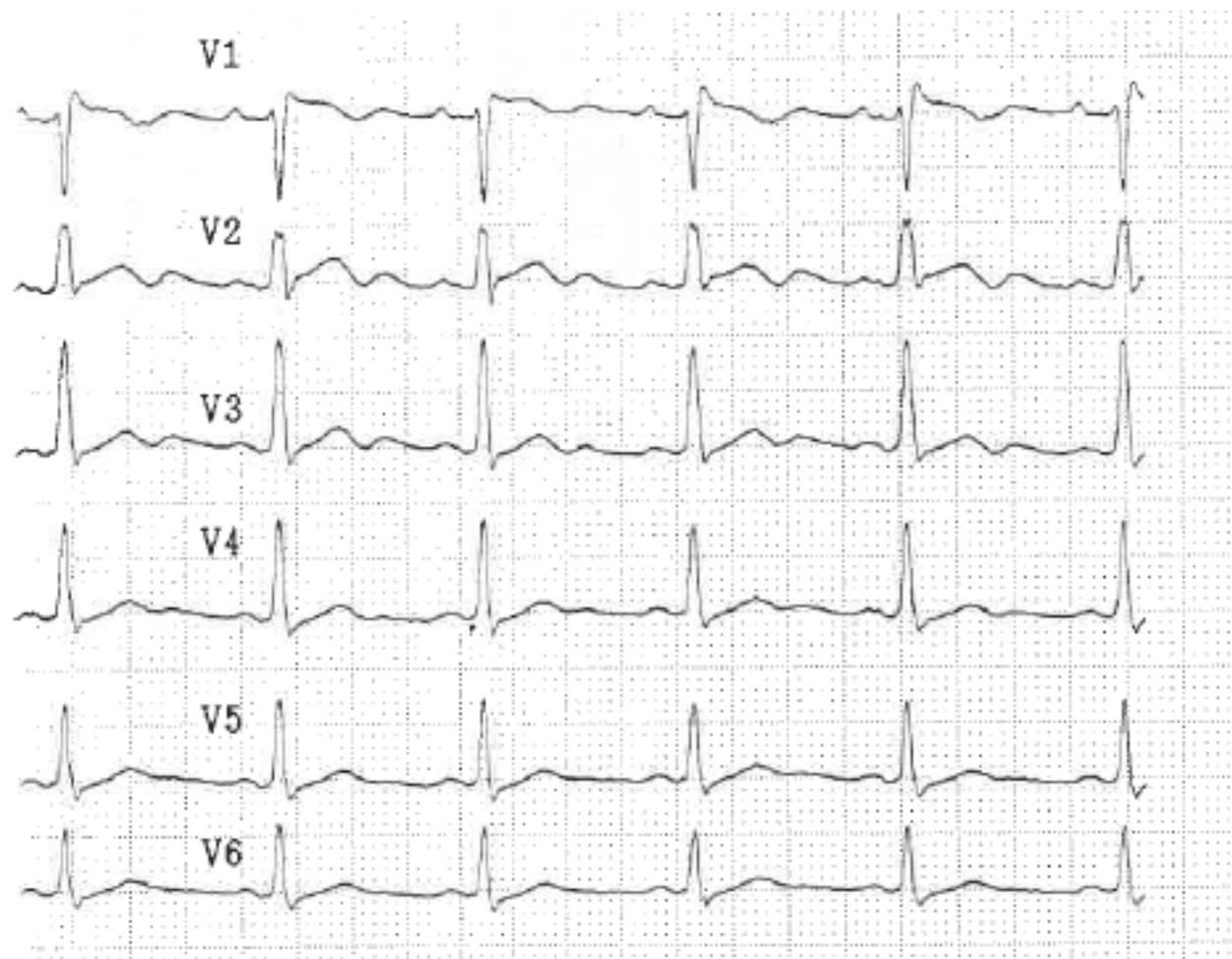
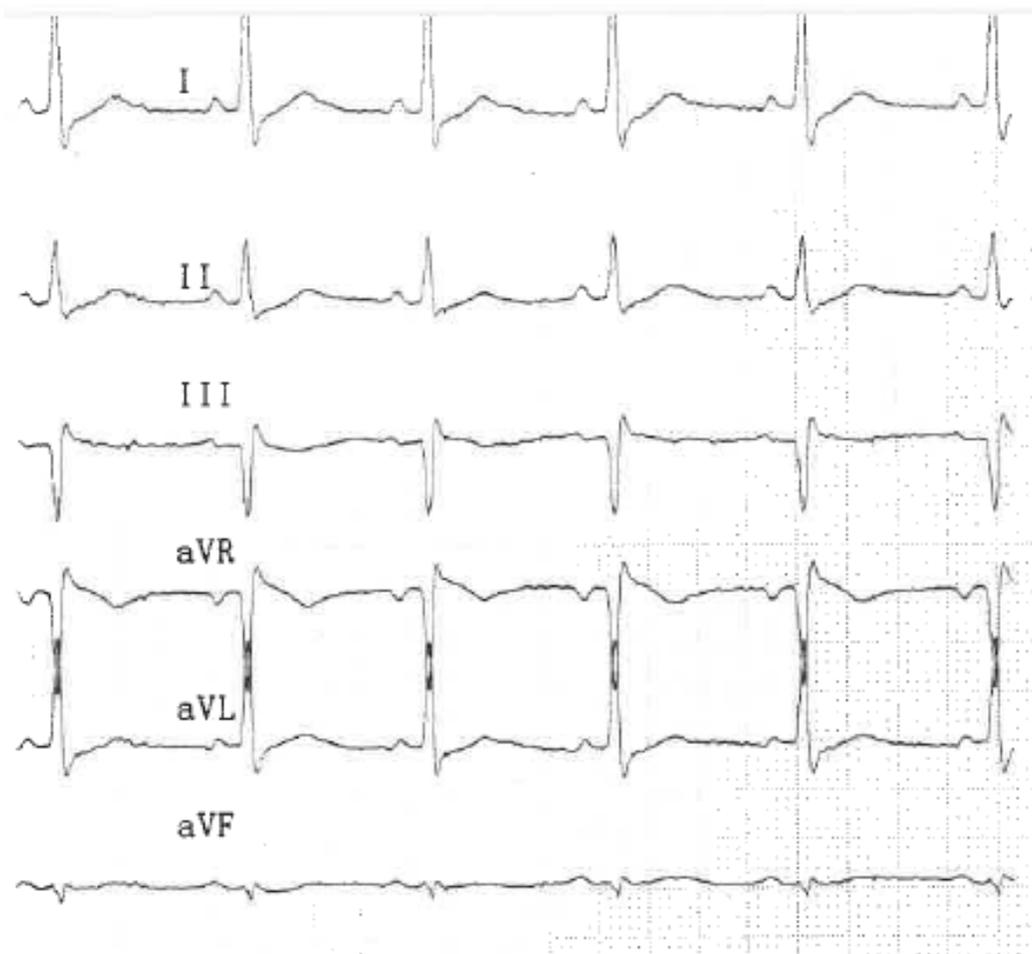
CONCLUSION :

Maladie monotronculaire de l'IVA moyenne par une sténose serrée, concentrique, de 10 mm. Fonction systolique ventriculaire gauche normale.

Absence de signe en faveur d'une DAVD.

Bon résultat immédiat de l'angioplastie IVA moyenne par stenting direct avec une prothèse MULTI LINK de 3 mm x 13.

Protocole TICLID - ASPIRINE.



26/07/1999 10:56:28 Pose Stent IVA

# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **Sortie le 28 07 1999**
- **Traitement: aténolol 50mg - kardegic 75 mg - ticlid - crestor 5 mg**
- **Asymptomatique**
- **Séjour chez sa fille à Rennes début septembre 1999**

Urgences CHU de Rennes

12 09 1999

7h15

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

24.07.99 : Malaise avec PDC

@ Chateaubriant  
→ Nantes

5 ans

Malaise de survenue brutale, sans prodrome avec mouvements désordonnés, yeux sautés et pertes d'urines.

Episodes de ~~...~~ ayant nécessité réanimation + CEE  
à 5 reprises

Puis pose d'un stent à Nantes

Ce jour : épisode identique

Ce patient n'a jamais eu de douleur thoracique  
post opératoire.

↳ SAMU ⇒ acc. cardiaque

24/7/99  
↓  
7/9/99 après 2h30  
deven. enc. à répét.  
8/9/99 idem 5.4x le matin  
monche 1/2 → idem rep 6x5  
9/9/99 Dr. Dom : ECG RAS  
ni de syndrome.  
12/9/99 : malaise 6<sup>em</sup> ident.  
6h30 en d<sup>t</sup>

**EXAMEN INITIAL**

Examen cardio : bdc ⊕, régulier à 68 bpm  
∅ souffle.

Examen pneumo : RV ⊕ bilat et sym ; ∅ signe de DR.  
rales crépitanter dans les 2 champs pulm  
∅ dyspnée

∅ signe dt

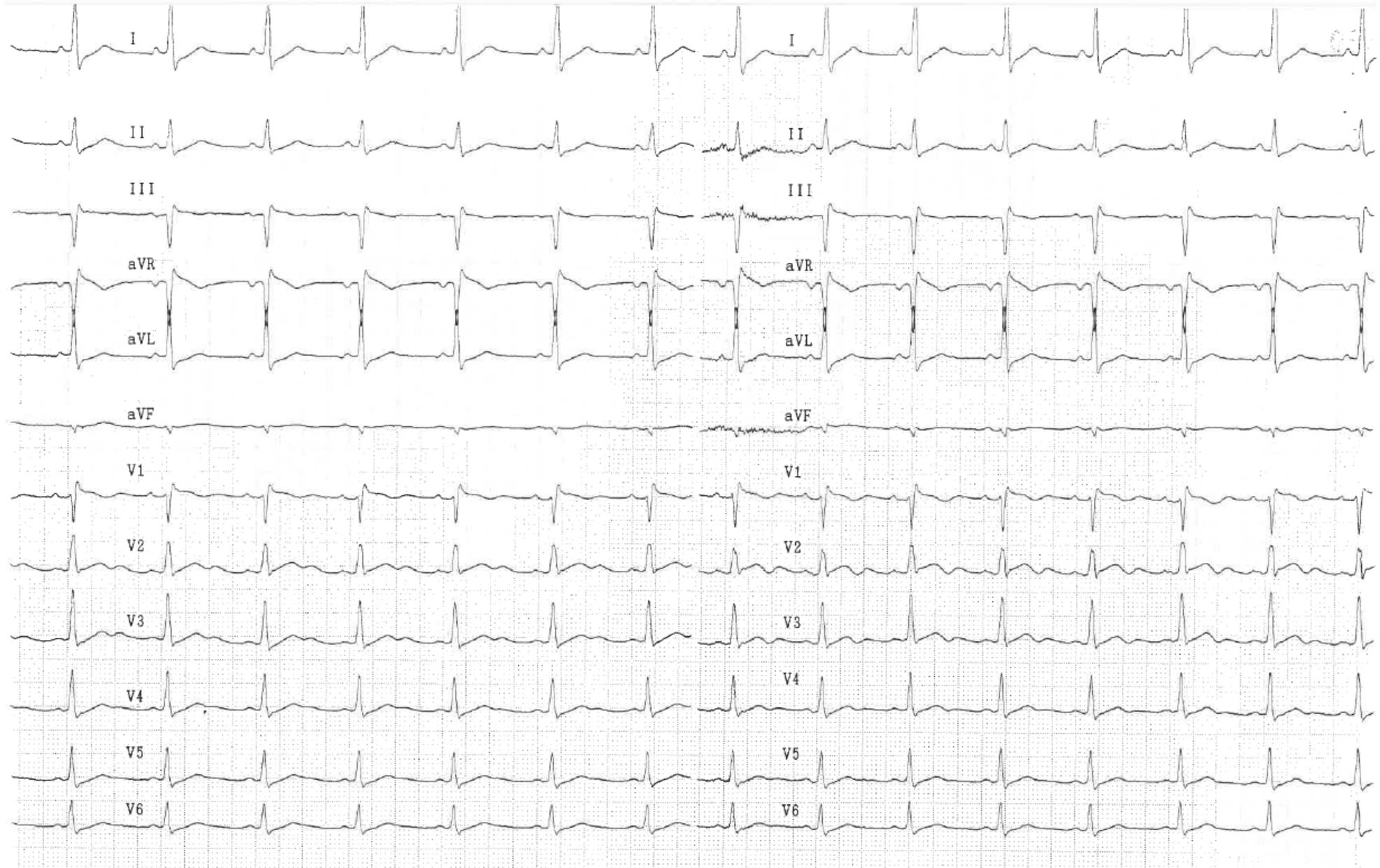
Examen vasc : pouls ⊕, sym

Examen veineux : ∅ IV ; ∅ signe de phlébite

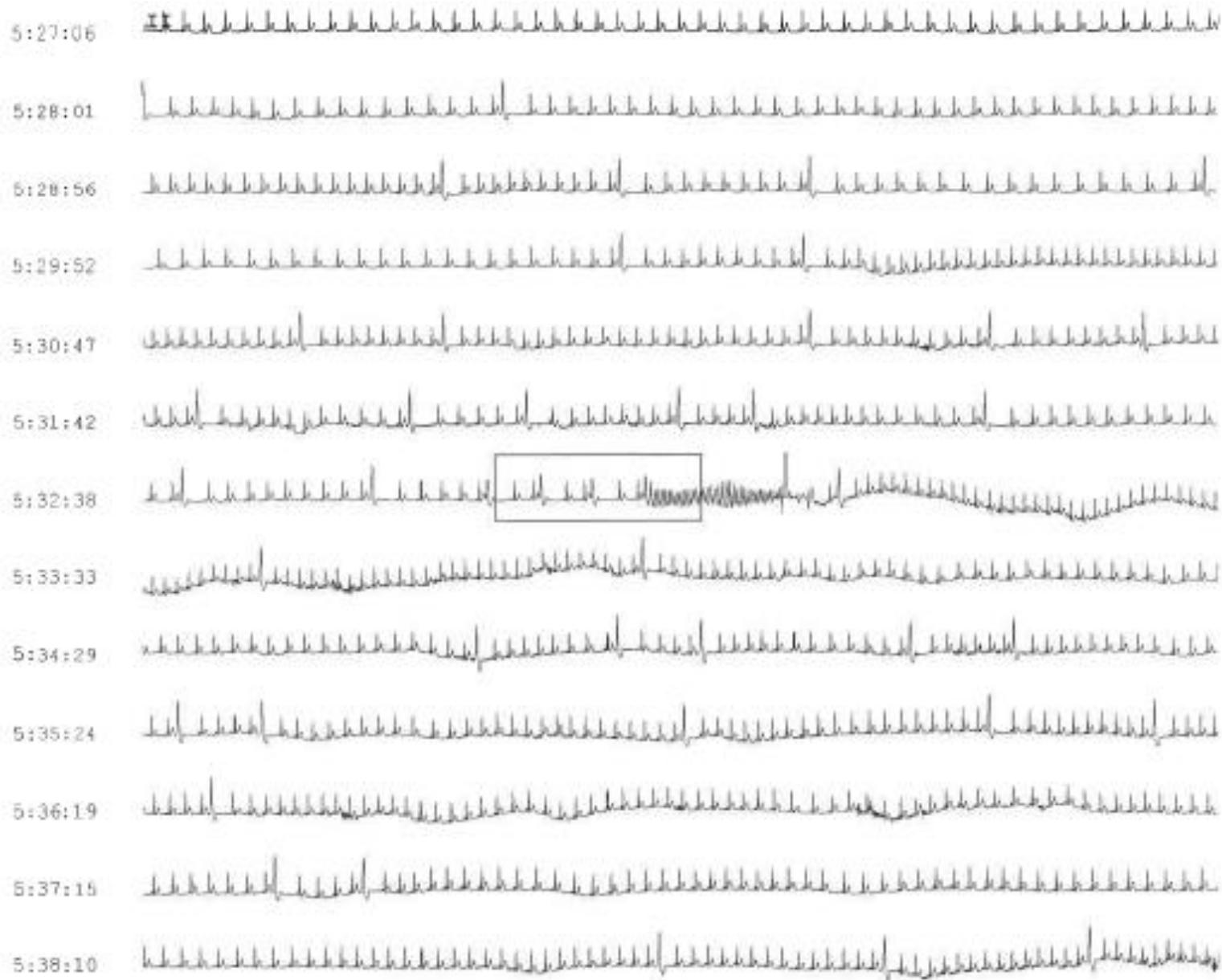
Examen abdo : abdo souple et dépressible, indolore

**ECG**

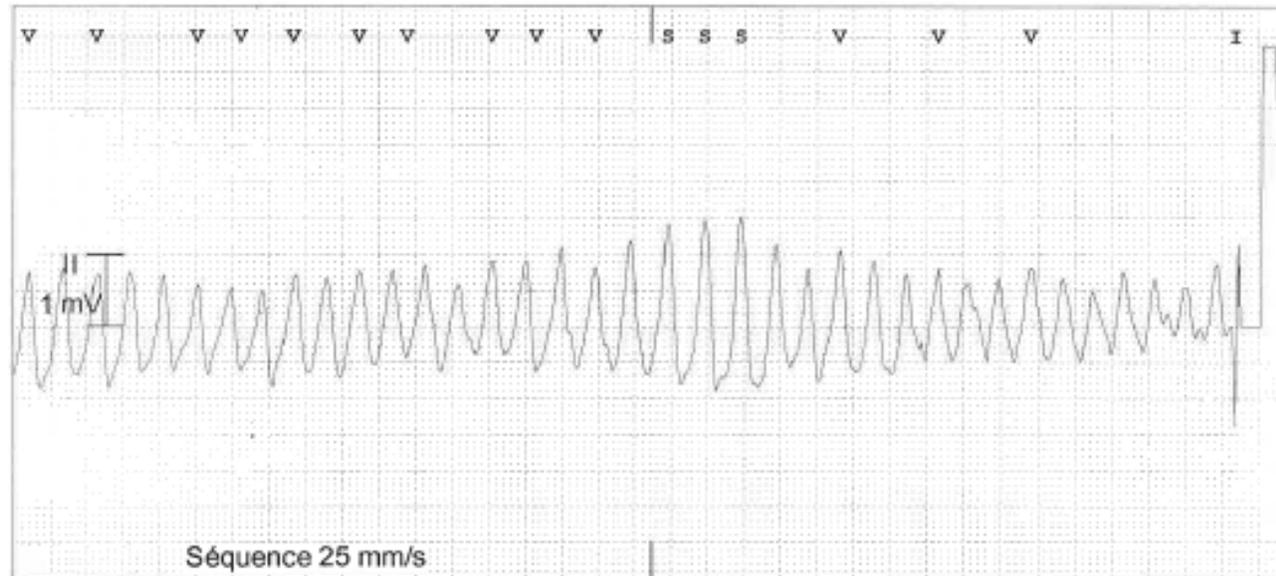
12 09 1999



13 09 1999



13 09 1999

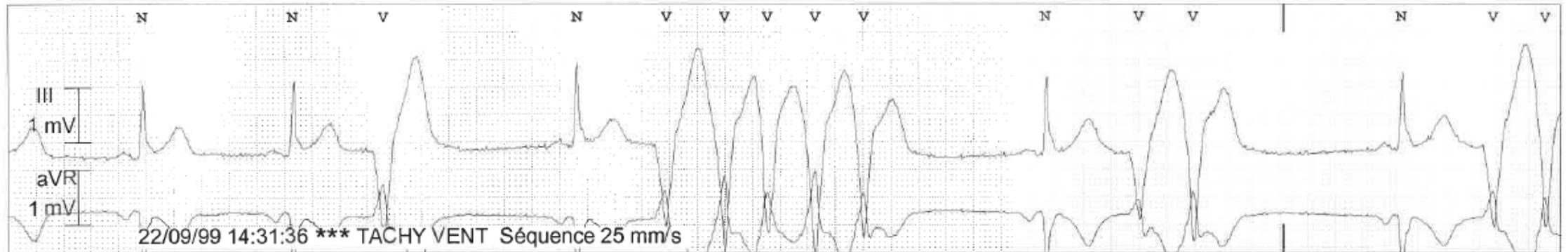


# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **Contrôle coronarographique normal**
- **SVP négative**
- **Pas de test pharmacologique car « ambiance chaude »**
- **Implantation DAI VVI**
- **Bilan génétique**
- **Arrêt aténolol**

22 09 1999

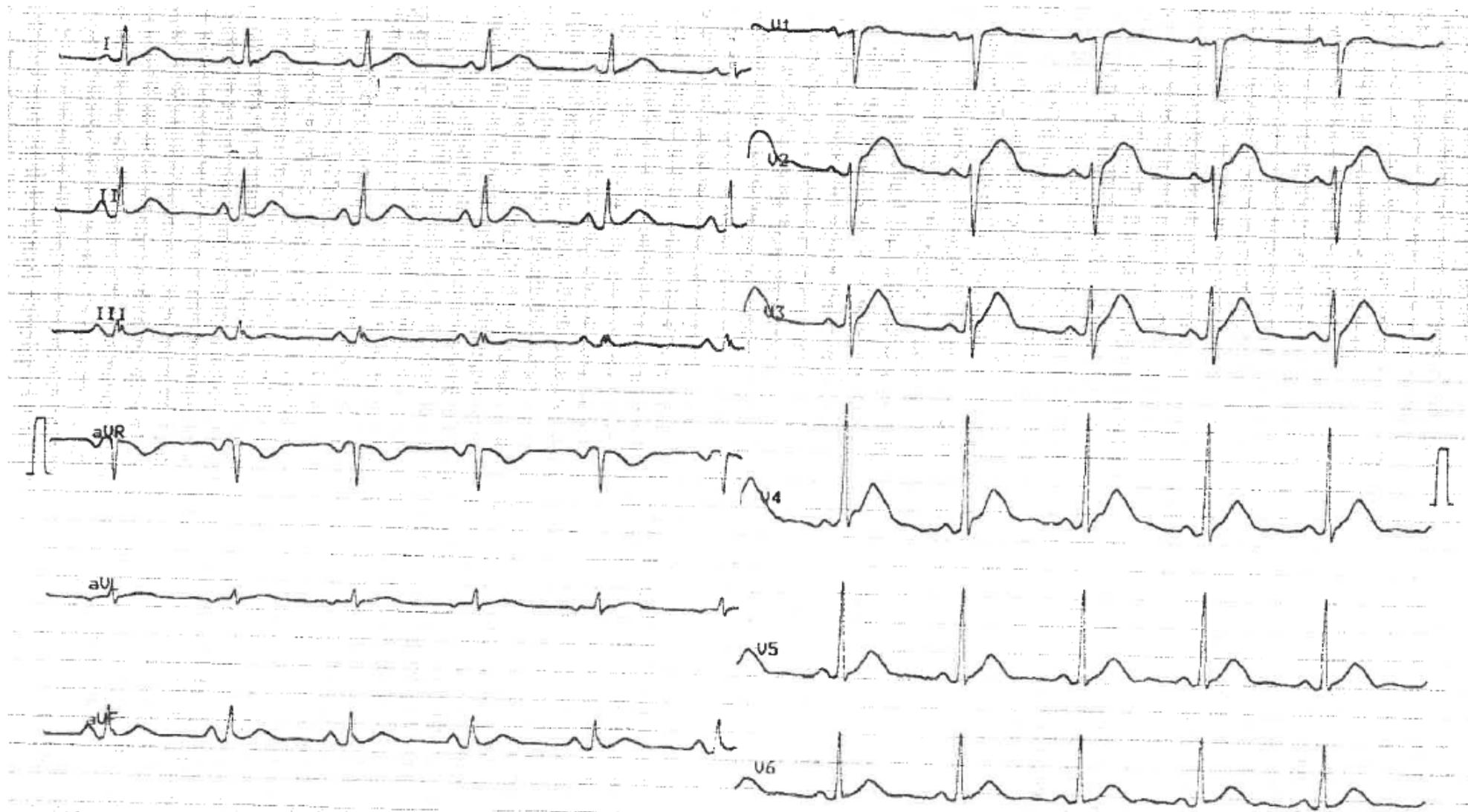
## Surveillance post-implantation du DAI



# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **8 novembre 1999**
- **Orage rythmique: 3 chocs appropriés en 6 heures**

8 novembre 1999



# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **8 novembre 1999**
- **Orage rythmique: 3 chocs appropriés en 6 heures**
- **Que proposez-vous ?**

# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **8 novembre 1999**
- **Orage rythmique: 3 chocs appropriés en 6 heures**
- **Que proposez-vous ?**
- **Introduction sérécor 300mg x 2**

# **M Grim Roland né le 18 08 1934**

- **8 novembre 1999**
- **Orage rythmique: 3 chocs appropriés en 6 heures**
- **Que proposez-vous ?**
- **Introduction sérécor 300mg x 2**
- **Asymptomatique depuis 24 ans sous sérécor**
- **Analyse ADN: mutation dans SCN5A**

# 2022 – ECG sous sérécor

