

Revue de la littérature

Infarctus du sujet jeune : à physiopathologie particulière, prise en charge singulière ?

STEMI in young patient: Special physiopathology and unusual management

N. Combaret^{a,*}, P. Motreff^{a,b}

^a Department of Cardiology, Clermont-Ferrand University Hospital, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France

^b Cardio Vascular Interventional Therapy and Imaging (CaVITI), Image Science for Interventional Techniques (ISIT), UMR CNRS 6284, Auvergne University, 63000 Clermont-Ferrand, France

Disponible sur Internet le 11 octobre 2014

Résumé

Nous rapportons le cas d'un patient de 24 ans admis pour syndrome coronarien aigu avec sus décalage permanent du segment ST dans le territoire antérieur compliqué de fibrillation ventriculaire. L'angiographie réalisée en urgence révèle une subocclusion de l'inter ventriculaire antérieure proximale. Il est réalisé une désobstruction par thromboaspiration manuelle sous perfusion d'inhibiteurs des glycoprotéines IIb/IIIa, permettant de restaurer un flux TIMI 3 et de normaliser l'ECG. Etant donné la charge thrombotique élevée, il n'est pas réalisé de *stenting* en phase aiguë. Après 48 h de traitement anti thrombotique optimal, un contrôle coronarographique complété par une imagerie endocoronaire de haute résolution (tomographie par cohérence optique : OCT) est réalisé. L'OCT met en évidence une forte diminution de la charge thrombotique et l'absence de lésion organique sous-jacente importante (pas de sténose organique ou de macro rupture de plaque). À la lumière de ces données, il est décidé de poursuivre un traitement médical seul sans recours à l'implantation d'un stent. Le contrôle OCT systématique à 6 mois retrouve un athérome non sténosant sans rupture de plaque ou thrombus. Ce jeune patient est depuis asymptomatique avec 2 ans de suivi et a récupéré une fonction ventriculaire gauche normale.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syndrome coronarien aigu ; Thrombus ; Tomographie par cohérence optique

Abstract

We report the case of a 24-year-old patient admitted for anterior ST segment elevation myocardial complicated by ventricular fibrillation and revealing thrombotic sub occlusion of the left anterior descending coronary artery. Revascularization is achieved by manual thrombectomy and use of Glycoprotein GPIIb/IIIa inhibitors and permits to restore TIMI 3 flow. Given the large thrombotic burden, the patient is initially treated medically (optimal anti thrombotic therapy without stenting) and benefits from angiographic control 48 hours later with imaging by Optical Coherence Tomography (OCT). It shows a reduction of thrombus burden and lack of significant underlying organic lesion (no organic stenosis or plaque rupture). In view of these data, it was decided to continue medical treatment alone without stenting. OCT imaging at 6 months shows atheroma without stenosis, thrombus or plaque rupture. This young patient remains asymptomatic and recovered normal left ventricular function with a 2-year follow-up.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Acute coronary syndrome; Thrombus; Optical coherence tomography

1. Introduction

La maladie coronarienne touche principalement les hommes de plus de 60 ans dans les grands registres internationaux comme

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : n.combaret@chu-clermontferrand.fr (N. Combaret),
pmotreff@chu-clermontferrand.fr (P. Motreff).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ancard.2014.09.041>

0003-3928/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ENACT [1]. Mais cette pathologie touche également des patients plus jeunes, souvent fumeurs, sans antécédent cardiovasculaire. Le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage persistant du segment ST (SCA ST+) souvent premier symptôme de la maladie coronarienne dans ce cas, est consécutif à la déstabilisation d'une mono lésion coronaire. On peut suspecter que ces SCA soient en rapport avec des mécanismes physiopathologiques décrits par Virmani [2] tels que les ruptures ou érosions de plaque. La prévalence du tabagisme dans cette population jeune explique la sur-représentation des mécanismes de spasme et thrombose composante souvent dominante, voire exclusive de l'obstruction coronaire. Leur prise en charge nécessite donc un recours assez large aux vasodilatateurs, à une thrombectomie optimale et parfois à un *s* différé. Dans cette stratégie en 2 temps, l'imagerie endocoronaire peut aider à mieux préciser le mécanisme physiopathologique, à évaluer la lésion coupable et à guider la thérapeutique.

2. Cas clinique

Nous rapportons le cas d'un patient de 24 ans sans antécédent médical ayant comme facteurs de risque cardiovasculaire une prédisposition familiale, un tabagisme actif à moins de 5 paquets-année, une dyslipidémie et une obésité (indice de masse corporelle à 31,0). Dans les suites d'une intoxication éthylique aiguë avec consommation de deux paquets de cigarettes en quelques heures, il est admis dans notre unité pour SCA ST+ antérieur 90 minutes après le début des symptômes. À son admission, il présente un arrêt cardio-circulatoire par fibrillation ventriculaire qui nécessitera une cardioversion électrique à deux reprises, permettant de restaurer un rythme sinusal sans régression du sus-décalage.

La coronarographie va mettre en évidence une subocclusion d'allure thrombotique isolée de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) proximale avec volumineuse image endoluminale et retard circulatoire (Fig. 1). Après thromboaspiration manuelle et administration d'anti GpIIb/IIIa intra coronaire, l'artère circule

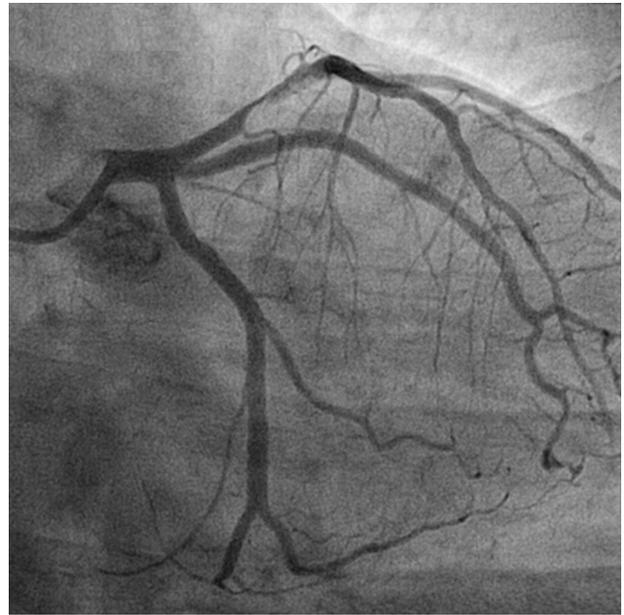


Fig. 1. Image angiographique initiale mettant en évidence une subocclusion d'allure thrombotique isolée de l'artère inter-ventriculaire antérieure proximale avec volumineuse image endoluminale.

sans retard, L'ECG se normalise même s'il persiste une sténose non serrée avec faible charge thrombotique. Le patient ne souffre plus et est conduit aux soins intensifs sous traitement anti-thrombotique optimal (héparine non fractionnée, double anti-agrégation plaquettaire et perfusion continue d'anti GpIIb/IIIa).

Un contrôle coronarographique avec imagerie endocoronaire par OCT (Optical Coherence Tomography) est réalisé 48 heures plus tard : en angiographie, il ne persiste qu'une discrète perte de calibre au site d'occlusion (Fig. 2). En OCT, il existe un minime thrombus en regard d'une plaque athéromateuse sans rupture de plaque visualisée ni sténose organique résiduelle. Au vu de ces données, il est décidé de poursuivre un traitement médical seul (double anti-agrégation plaquettaire pendant un an,

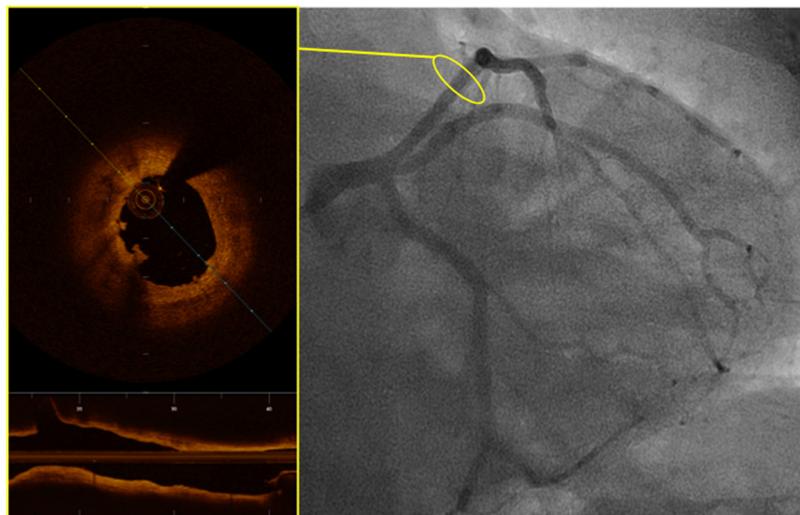


Fig. 2. Contrôle réalisé à H48 : en angiographie (à droite), il ne persiste qu'une discrète perte de calibre au site d'occlusion. En OCT (à gauche), il existe un minime thrombus en regard d'une plaque athéromateuse sans rupture de plaque visualisée ni sténose organique résiduelle.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868551>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868551>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)