



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie xxx (2017) xxx–xxx

**Annales de
cardiologie
et d'angéiologie**

Mise au point

Ectasies coronaires et thrombus

Coronary ectasias and thrombosis

M.A. Bouzid^{a,b}, H. Benamer^{a,b,c}, X. Halna du Fretay^{a,*,d,e}

^a Hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

^b Hôpital européen de Paris-la-Roseaie, 120, avenue de la République, 93300 Aubervilliers, France

^c Institut cardiovasculaire Paris-Sud, 6, avenue du Noyer-Lambert, 91300 Massy, France

^d Centre hospitalier universitaire Bichat-Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

^e Unité cardiologique de la Reine-Blanche, 555, avenue Jacqueline-Auriol, 45770 Saran, France

Résumé

Les ectasies et anévrysmes coronaires sont des pathologies relativement rares, parfois intriquées et mal connues. Leur étiologie chez l'adulte en Europe est le plus souvent athéromateuse. Réputées de mauvais pronostic, ces anomalies exposeraient au risque de thrombose intracoronaire pas stase sanguine, mais le plus souvent est retrouvée une association à des lésions sténosantes semblant être le facteur pronostique prépondérant. Nous rapportons une série de 47 cas avec évaluation des caractéristiques cliniques comme angiographiques ainsi que des choix thérapeutiques effectués et faisons une revue de la littérature concernant ce type de lésions. La thrombose intrinsèque ne semble pas le mécanisme physiopathologique principalement mis en cause et nous retenons qu'il s'agit, dans la population étudiée, d'une forme particulière d'athérome coronarien posant probablement des problèmes techniques en termes de revascularisation avec une indication de traitement médical seul majoritairement retenue (57,4 % des cas), mais rarement l'introduction d'un anticoagulant au long cours (4,25 % des cas), sauf en cas de syndrome coronarien aigu où une revascularisation est effectuée le plus souvent (70,6 % des cas) comme attendu habituellement dans la population générale. La présentation angiographique complexe de ces lésions est probablement une explication au faible nombre de revascularisations effectuées.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ectasie coronaire ; Anévrysme ; Thrombose ; Anticoagulant ; Angioplastie coronaire

Abstract

Ectasias and coronary aneurysms are uncommon coronary artery diseases, can coexist and are poorly known. Their principal etiology in adults is coronary atherosclerosis. It has been suggested that these abnormalities would have poor prognosis and that slow flow could lead to in situ thrombosis and distal embolisation. However, ectasias and aneurysms are most often associated with coronary stenosis. We report a series of 47 cases of ectasias and coronary aneurysms with evaluation of the clinical and angiographic characteristics, the therapeutic choices and we review the literature concerning these lesions. In situ thrombosis does not seem to be the usual pathophysiological mechanism. We retain that this is a particular form of coronary atherosclerosis in this population and present technical problems in case of revascularization with an predominant indication of medical treatment (57.4 % of the cases), but rarely the introduction of anticoagulants (4.25 % of the cases), except in acute coronary syndromes where revascularization is most common (70.6 % of cases) as is usually expected in the general population. The complex angiographic presentation of these lesions is probably an explanation for the low numbers of revascularizations performed.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Coronary ectasia; Aneurysm; Thrombosis; Anticoagulant; Coronary angioplasty

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xdufretay@orange.fr (X. Halna du Fretay).

<https://doi.org/10.1016/j.ancard.2017.10.004>

0003-3928/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Le premier cas d'anévrisme coronaire a été rapporté pour Charles Bougon en 1812 [1], mais cette pathologie reste encore mal connue. Si les ectasies coronaires sont définies de manière quasi consensuelle par une dilatation coronaire à plus de 1,5 fois le diamètre normal de l'artère concernée [2–7], il existe une définition plus inconstante des anévrysmes qui sont des ectasies localisées avec des critères variables en termes d'importance de la dilatation et de longueur du segment pathologique (dilatation à plus de 1,5 ou 2 fois le calibre normal, segment de moins d'un tiers ou de la moitié de la longueur du vaisseau ou encore simplement décrit comme localisé) [3,6,7]. Pour certains auteurs, anévrysmes et ectasies ne sont que des formes angiographiques différentes d'une même pathologie [8]. La classification la plus utilisée pour en apprécier l'extension est celle proposée par Markis et al. [9] (Tableau 1) avec des variantes précisant les formes possibles d'anévrysmes pluritrunculaires, dont l'une assez récente [7] (Tableau 2).

La prévalence globale de ces lésions varie entre 0,2 et 6 %, avec une moyenne de 1,65 % [2,4,5,10–12]. Elle est plus importante chez l'homme que la femme, respectivement de 2,2 et 0,5 % [11,13–15]. Ces anomalies peuvent se voir à tout âge avec divers mécanismes physiopathologiques : des maladies inflammatoires ou une origine congénitale sont majoritairement retrouvées chez l'enfant alors que l'étiologie athéromateuse est la plus fréquente chez l'adulte [3,16].

Actuellement, il n'existe pas de recommandation spécifique aux anévrysmes et ectasies coronaires. Le caractère thrombotique de ces lésions en l'absence de sténose coronaire associée a été largement documenté par de petite séries et cas cliniques [17–19]. Un traitement anticoagulant est recommandé dans les cas d'anévrisme liée à une vascularite [20] et a été proposé

par certains auteurs d'une manière plus générale [21–23]. Toutefois, les ectasies et anévrysmes coronaires majoritairement d'origine athéromateuse chez l'adulte, sont le plus souvent associées à des sténoses significatives et considérées comme une forme particulière d'atteinte athéromateuse [2,4,5] devant nous faire reconsidérer leur prise en charge thérapeutique aux vues des données publiées et des avancées régulières en cardiologie interventionnelle.

2. Matériel et méthodes

Le but principal de cette étude est de décrire les caractéristiques cliniques et angiographiques ainsi que les options thérapeutiques d'une série de patients ayant un diagnostic d'ectasie et ou anévrisme coronaire. Le but secondaire est d'évaluer l'adéquation entre le diagnostic fait et les définitions usuelles des ces anomalies.

Les patients ont été sélectionnés dans 2 centres de cardiologie interventionnelle par interrogation des logiciels Cardioreport et Hémolgia à partir des termes « ectasie » et « anévrisme » dans les comptes rendus de coronarographie et angioplastie effectuées entre janvier 2013 et janvier 2017. Les films d'un centre (25/47 cas) ont été revus et les critères diagnostiques angiographiques ont été respectivement pour les ectasies, anévrysmes, et sténoses coronaires : dilatation diffuse supérieure à 1,5 fois le calibre artériel normal adjacent ou celui du plus gros vaisseau, dilatation supérieure à 1,5 fois le diamètre normal de l'artère et localisée à moins de 50 % de sa longueur, sténose supérieure à 50 %.

Les caractéristiques angiographiques répertoriées sont :

- le type d'anomalie (ectasie, anévrisme) caractérisé selon la classification de Harikishnan K et al. [7] ;
- leur localisation ainsi que l'existence de sténoses coronaires significatives.

Les données cliniques retenues sont :

- l'âge et le sexe des patients;
- leurs facteurs de risques cardiovasculaires :
 - hypertension artérielle (HTA),
 - diabète,
 - tabagisme,
 - hérédité coronarienne,
 - dyslipidémie (HCT) ;
- l'indication de la coronarographie.

Les stratégies thérapeutiques ont été colligées en trois groupe :

- angioplastie (ATC) ;
- revascularisation chirurgicale (PAC) ;
- traitement médical (TM) précisant la prescription éventuelle d'anticoagulants oraux.

Tableau 1

Classification de Markis JE et al. [9]

| | |
|-----|---|
| I | Ectasie diffuse de deux ou trois vaisseaux |
| II | Ectasie diffuse d'un vaisseau et localisée d'un autre |
| III | Ectasie diffuse d'un vaisseau |
| IV | Ectasie localisée d'un vaisseau |

Tableau 2

Classification de Harikishnan K et al. [7]

I Ectasie de 2 ou 3 vaisseaux

| | |
|-----|--|
| I a | Ectasie diffuse dans 3 |
| I b | Ectasie diffuse dans 2 et localisée dans 1 |
| I c | Ectasie diffuse dans 2 |

II Ectasie diffuse d'un vaisseau et

| | |
|------|------------------|
| II a | Localisée dans 1 |
| II b | Localisée dans 2 |

III Ectasie diffuse d'un vaisseau

IV Ectasie localisée (< 50 % de sa longueur)

| | |
|------|-------------|
| IV a | 1 vaisseau |
| IV b | 2 vaisseaux |
| IV c | 3 vaisseaux |

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8652301>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8652301>

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