

Service de Cardiologie et de Soins Intensifs Cardiaques

Dr N. AFCHAR - Dr B. ARNAUDIS - Dr S. BILLET - Dr T. BUJAUD - Dr J.M. CHABERNAUD - Dr D. DANG
Dr P. DESARNAUTS - Dr G. LAPEYRE - Dr P.A. PAGES - Dr C. PAQUIE - Dr F. SCHAAD - Dr P. TOUSSAINT

Centre Médico-Chirurgical Claude Bernard 81000 ALBI

Tel : 05 63 77 77 00 - Fax : 05 63 77 77 09

Docteur Caroline PAQUIE

Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux
DIU de Rythmologie et Stimulation Cardiaque
DIU d'Echocardiographie
Maladie du Cœur et des Vaisseaux

Albi le 21 mars 2023

Monsieur le Docteur CHAUCOT

Monsieur le Professeur MARCHEIX

Monsieur Le Docteur LOUBIERE

Monsieur le Médecin du SCANNER-CCB

ccam :

Courrier remis au patient à la sortie :	Oui
Courrier dicté en présence du patient :	Non
Courrier envoyé au domicile du patient :	Non
Le patient refuse la remise du courrier :	Non

21/03/2023

CP/MS

Chers Confrères,

Monsieur LANOYE Gérard né le 5 septembre 1945 a été hospitalisé dans le Service de Cardiologie de la Clinique Claude Bernard du 19 au 21 Mars 2023 pour une coronarographie diagnostique suite à une scintigraphie myocardique positive.

Le patient est suivi habituellement par le Docteur MARTINEZ au Centre Hospitalier d'Albi.

Dans ses antécédents on retient, un accident vasculaire cérébral en 2007 sur une occlusion chronique de la carotide interne droite de traitement médical et une amygdalectomie.

Dans ses facteurs de risque, on retient un tabagisme sévère évalué à 35 paquets année et une hypertension artérielle.

Le patient est asymptomatique sur le plan cardiologique.

Il ne signale pas de douleur notamment de douleur d'angor. Pas de dyspnée invalidante sachant qu'il est actif.

Il a bénéficié d'une scintigraphie myocardique qui montrait une hypoperfusion non transmurale du territoire latéral, segment médio-latéral et inféro-latéral, perfusion connue territoire antérieur et inférieur.

L'examen est compatible avec une ischémie coronarienne antérieure, latérale et inférieure avec une nécrose partielle non transmurale latérale et une fraction d'éjection à 67%.

Le patient est donc hospitalisé pour une exploration angio-coronarographique.

A l'admission, la pression artérielle est à 130/80 mm Hg. Les bruits du cœur sont réguliers, souffle systolique évalué à 1/6 au foyer aortique mais pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche.

A l'électrocardiogramme, rythme sinusal à 70/minutes, un espace PR à 176 ms, des QRS fins. Une repolarisation normale en dehors d'une onde T négative isolée en D3.

Au bilan biologique, une hémoglobine à 14,5 g/dl, créatinine à 8, Troponine à 11 ng/l et NT-pro-BNP à 460. Le bilan d'hémostase est normal. Les plaquettes à 218 000.

L'exploration angio-coronarographique réalisée par le Docteur AFCHAR a mis en évidence un statut tri-tronculaire avec :

- Une sténose serrée de l'IVA moyenne.
- Une sténose longue de l'ostium de la première marginale suivie d'une occlusion chronique de cette marginale.
- Une sténose serrée de la coronaire droite proximale suivie d'une occlusion de la coronaire droite moyenne.

Le patient est en bon état général, il a une bonne fonction systolique du ventricule gauche, il se discute donc en première intention d'une revascularisation par pontage.

Il a bénéficié pendant l'hospitalisation d'un Doppler des troncs supra-aortiques de contrôle qui retrouve une occlusion de l'ACI droite ostiale et sténose pré-occlusive de l'ACI gauche, redevable d'un angio-scanner et d'un avis neurologique.

Il peut s'agir d'une contre indication à la chirurgie cardiaque. Nous programmerons la consultation avec le chirurgien en fonction des résultats du bilan neurologique.

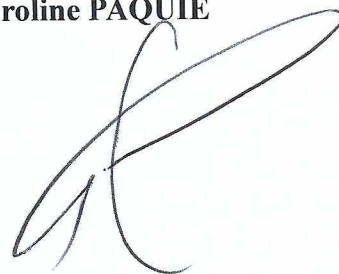
Un angio-scanner des troncs supra-aortiques est prévu pour le Mardi 4 Avril à 13h30 et une consultation neurologique est prévue pour le Mardi 4 Avril à 14h30.

Son traitement comprend :

- KARDEGIC 75 mg : un par jour
- EZETIMIBE 10 mg : un par jour
- INDAPAMIDE 2,5 mg : un le matin
- PERINDOPRIL 10 mg : un par jour
- BISOPROLOL 2,5 mg : un par jour

Bien confraternellement

Docteur Caroline PAQUIE



Recherche de dépistage BMR /BHRe : Non
Réalisation d'une transfusion : Non
Administration de produits dérivés du sang : Non
Pose de dispositif médicaux implantable : Non
Télémetrie : Non

Service de Cardiologie et de Soins Intensifs Cardiaques
Dr N. AFCHAR - Dr B. ARNAUDIS - Dr S. BILLET - Dr T. BUJAUD - Dr J.M. CHABERNAUD - Dr D. DANG
Dr P. DESARNAUTS - Dr G. LAPEYRE - Dr P.A. PAGES - Dr C. PAQUIE - Dr F. SCHAAD - Dr P. TOUSSAINT
Centre Médico-Chirurgical Claude Bernard 81000 ALBI
Tel : 05 63 77 77 00 - Fax : 05 63 77 77 09

Docteur Nader AFCHAR

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique-Assistant des Hôpitaux
Attaché des Hôpitaux de Toulouse
Cardiologie Interventionnelle
Maladie du Cœur et des Vaisseaux

Albi le 20 mars 2023

ccam : DDQH609 YYYY260

20/03/2023

Coronarographie

procédure n° 33464 du 20/03/2023

LANOYE Gerard, 05/09/1945

- **Opérateur(s):** Dr AFCHAR Nader
- **Intervenant(s):** Dr LEFEBVRE Marie, Mlle DURAND Pauline
- **Correspondant:** Dr MARTINEZ MARIA ANGELES
- **Indications:** Test d'ischémie positif
- **Présentation clinique:**

Antécédents	Facteurs de risque	Histoire clinique
ATCD AVC.	HTA, Hypercholestérolémie.	Pas d'angor, Scintigraphie positive.

- **Voie d'abord:** Artère radiale droite - 5 French - Succès voie d'abord - Succès fermeture avec Compression manuelle.
Provenance : Programmé - Hospitalisé - Jour ouvré.

Degré d'urgence /

Matériel

- TIGER 5F (Terumo).

Angiographie coronaire

Réseau coronaire gauche :

Le tronc commun est normal, sans sténose.

L'artère interventriculaire antérieure moyenne présente une sténose significative (50-70%). Le diamètre de référence est de 3 mm à ce niveau. Le flux coronaire est normal (TIMI 3). La première diagonale est le siège d'une lésion non significative inférieure à 50%. Le diamètre de référence est inférieur à 2.5 mm à ce niveau. Le flux coronaire est normal (TIMI 3). La seconde diagonale présente une sténose significative (50-70%). Le diamètre de référence est inférieur à 2 mm à ce niveau. Le flux coronaire est normal (TIMI 3).

L'artère circonflexe proximale est le siège d'une lésion non significative inférieure à 50%. Le diamètre de référence est de 2.5 mm à ce niveau. Le flux coronaire est normal (TIMI 3). L'ostium de la première marginale présente une sténose significative (50-70%) de plus de 20 mm de long et de type C. Le flux coronaire est normal (TIMI 3). La première marginale présente une occlusion ancienne de type C. Le diamètre de référence est de 2.5 mm à ce niveau. Il existe un ralentissement du produit de contraste au niveau de cette artère (TIMI 2).

Réseau coronaire droit :

La partie distale de l'artère coronaire droite proximale présente une sténose très serrée (70-90%). Le diamètre de référence est de 3 mm à ce niveau. Le flux coronaire est normal (TIMI 3). La partie proximale de l'artère coronaire droite moyenne présente une occlusion ancienne de type C. Le diamètre de référence est de 3 mm à ce niveau. Il n'existe pas de flux antérograde (TIMI 0).

Conclusion

Lésions tritronculaires.

- **Sténose significative de l'artère interventriculaire antérieure moyenne.**
- Lésion non significative de la première diagonale.
- Sténose significative de la seconde diagonale grêle.
- Lésion non significative de l'artère circonflexe proximale.
- **Sténose significative longue de l'ostium de la première marginale suivi Occlusion chronique de la première marginale.**
- **Sténose significative de la partie distale de l'artère coronaire droite proximale suivi Occlusion chronique de la partie proximale de l'artère coronaire droite moyenne.**

CAT ?

- *Si VG nl à ETT et viabilité territoire lat et inf et état général le permet : pontages*
- *Si séquelle constitué et absence de viabilité : ATC uniquement IVA (ouverture par ATC PL ou CD sont aléatoire)*

Dr AFCHAR Nader

Équipement : Salle Philips Azurion clarity IQ

Durée scopie : 0,95 min. Dose rayons X : 967,5 cGy/cm².