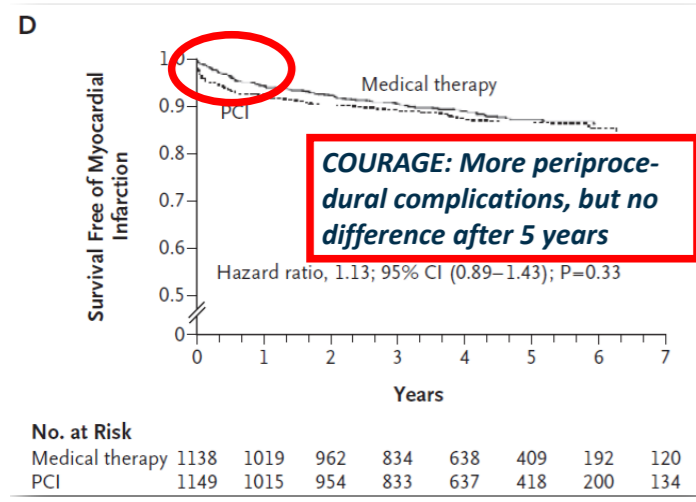


Occlusion coronaire chronique (CTO) en 5 points

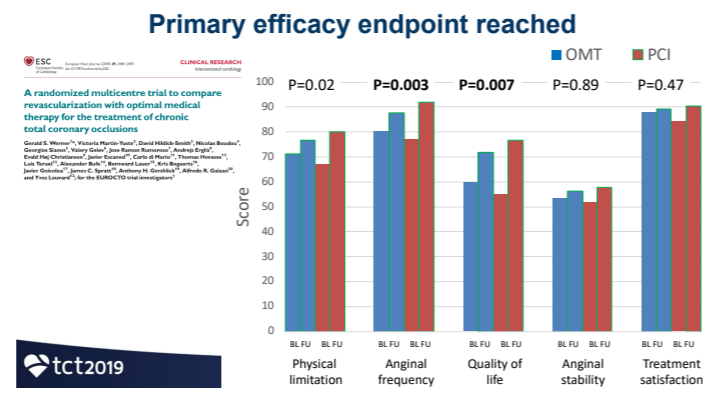
1. Quel terrain ? **La CTO seule est une coronaropathie stable, symptomatique ou pas**

2. Pourquoi revasculariser un coronarien stable ?

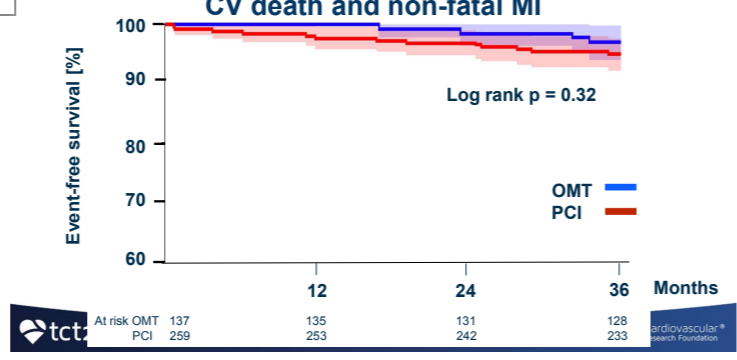
Courage PCI vs traitement médical optimal



EURO CTO TRAIL : étude courage de la CTO



Primary safety endpoint @ 36 months: CV death and non-fatal MI



Pas de diminution significative de la mortalité à 5 ans MAIS AMELIORATION SIGNIFICATIVE

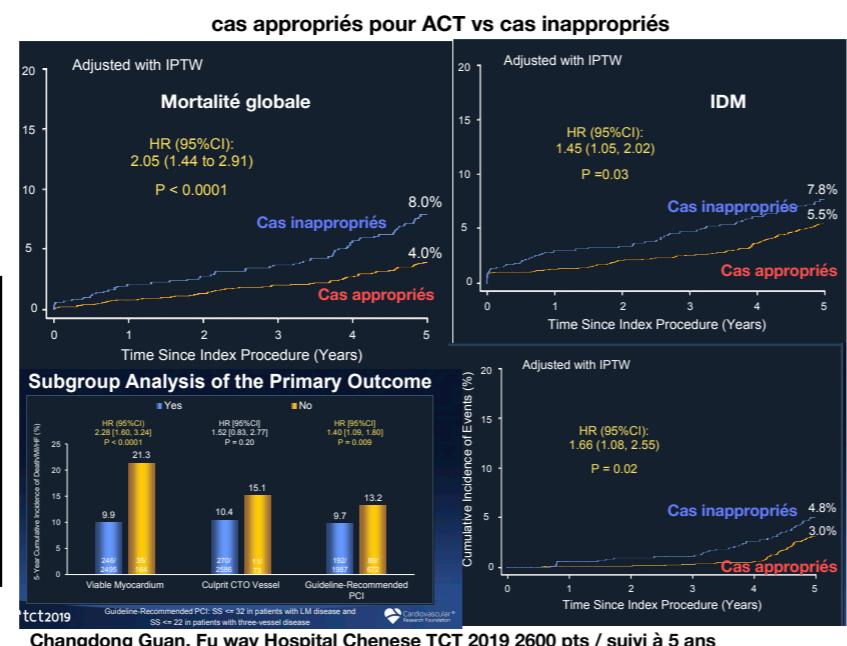
- de la fréquence des crises angineuses
- de la qualité de vie
- des capacités physiques

3. Inclure la CTO dans une approche globale de revascularisation

Cas inappropriés pour l'angioplastie

- absence de viabilité
- absence de symptômes ou d'ischémie documentée
- syntax score > 32 avec lésion du TCG
- syntax score > 22 sans lésion du TCG

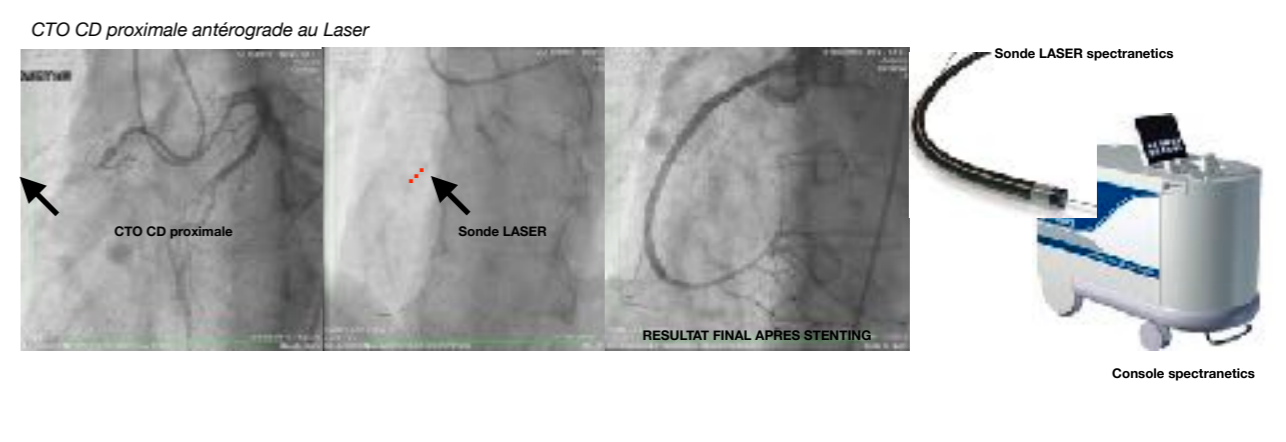
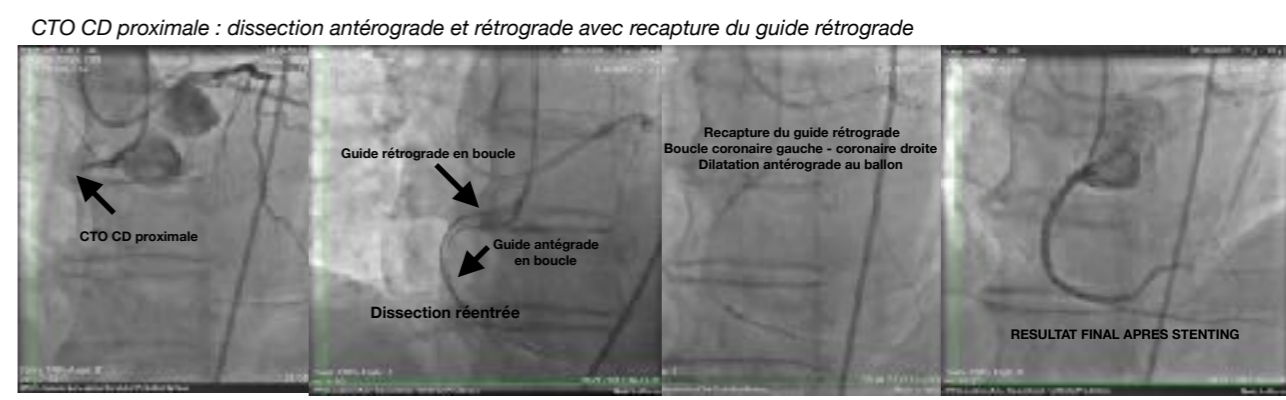
La recanalisation d'une occlusion coronaire chronique s'intègre dans l'approche globale de la revascularisation, chez tout coronarien pour qui une indication de revascularisation est retenue



Changdong Guan, Fu way Hospital Chensee TCT 2019 2600 pts / suivi à 5 ans

4. Les techniques de recanalisation pour plus de succès :

Les recanalisations antérogrades, endoluminales et/ou sous intimales
Les recanalisations rétrogrades, endoluminales et/ou sous intimales
Les réentrées
Le rotablator, le LASER...



5. Quel patient revasculariser d'une CTO par angioplastie ?

- **Tout coronarien chez qui une indication de revascularisation est portée**
- **Quand le syntax score permet de proposer l'ACT dans la discussion**
- **Quand l'ischémie viabilité est démontrée dans le territoire de l'artère occluse (intérêt de l'échographie de stress, de la scintigraphie myocardique ou de l'IRM cardiaque)**
- **ET d'autant plus que le patient est symptomatique ou ischémique pour l'artère occluse**



JP PEYRE



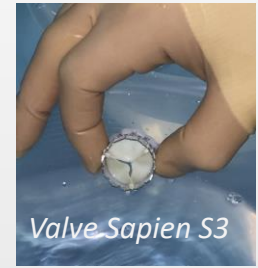
Le TAVI ou Trans Aortique Valve Implantation

G. Bayet, L. Meille, G. Dufaitre, C. Meuleman, C. Lacote Roiron, FX. Hager, F. Ortuno, J. Brunet, JP. Peyre, angiologues et pneumologues

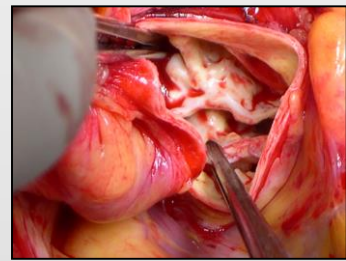
Invention française avec la première implantation par le Pr CRIBIER en 2002, accessible depuis 2009 en Europe et 2013 aux USA, la technique révolutionne la prise en charge du traitement des patients porteur d'un RAC serré symptomatique et est en passe de supplanter dans un avenir proche la chirurgie de remplacement valvulaire aortique conventionnelle

Des études convaincantes et une thérapeutique désormais intégrée aux recommandations (Europe/USA)

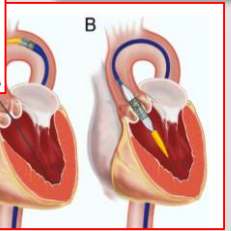
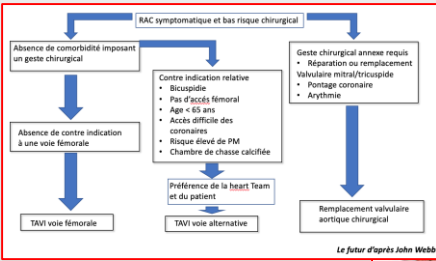
- Pour les patients inopérables et à haut risque opératoire.
- Pour les patients à risque opératoire intermédiaire.
- Et bientôt pour les patients à bas risque opératoire (2019)



Une équipe à votre service à Rhône Durance
pour un bilan complet en 48/72 heures
(Biologie, échographie TT et ETO, coronarographie, EFR döppler vasculaire, scanner du culot aortique et des vaisseaux, évaluation gériatrique...)
Avant une consultation de synthèse et de décision finale au sein d'une « Heart Team »

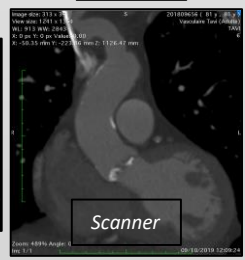
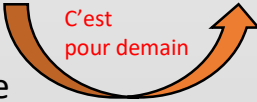


La récente démonstration en terme de durabilité et selon les nouvelles définitions européennes d'une moindre détérioration de la prothèse TAVI comparée à la valve chirurgicale à 6 ans, 4.8 % vs 24 %



Des améliorations constantes !

- Du matériel en taille et en performance
- De l'expérience des opérateurs avec une réduction des complications
- Des voies d'abord en privilégiant la voie fémorale
- De l'anesthésie devenue légère
- De la sélection des patients en évitant les cas futiles
- De l'imagerie en s'appuyant sur le scanner
- Des durées d'hospitalisation écourtées



Les questions en suspens ou d'actualités

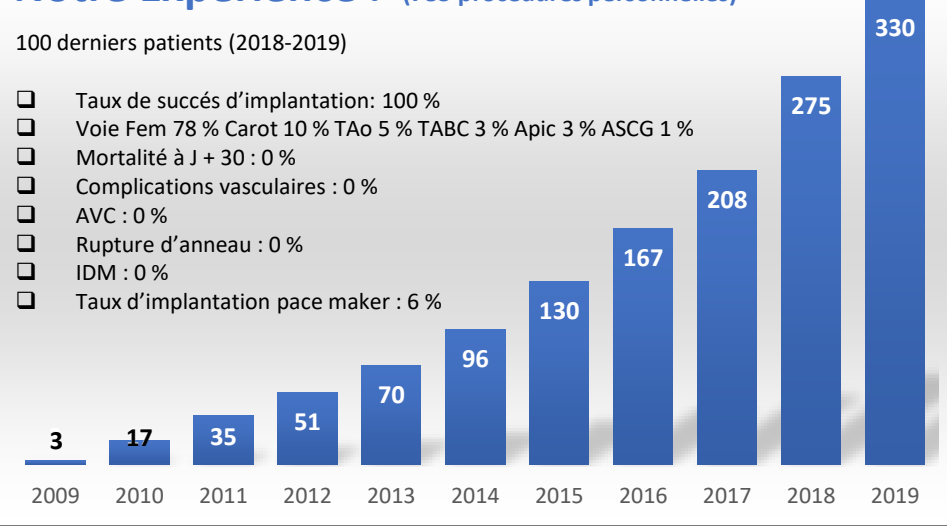
- Anatomies délicates (bicuspidie, calcifications chambre de chasse...)
- RAC modérément serré et dysfonction VG
- Réduction du nombre d'implantation de Pace maker
- Extension pour les fuites aortiques pures
- Durabilité à long terme
- Utilisation pour les dégénérescences des bioprothèses chirurgicales



Notre Expérience : (783 procédures personnelles)

100 derniers patients (2018-2019)

- ☐ Taux de succès d'implantation: 100 %
- ☐ Voie Fem 78 % Carot 10 % TAO 5 % TABC 3 % Apic 3 % ASCG 1 %
- ☐ Mortalité à J + 30 : 0 %
- ☐ Complications vasculaires : 0 %
- ☐ AVC : 0 %
- ☐ Rupture d'anneau : 0 %
- ☐ IDM : 0 %
- ☐ Taux d'implantation pace maker : 6 %



PUBLICATIONS INTERNATIONALES :

How to overcome a scary complication: a mesh-trapped balloon during a CoreValve® implantation procedure

EuroIntervention 2016;11:1434

Balloon Expandable versus Self Expanding Transcatheter Aortic Valve Replacement: a Propensity-Matched Comparison from the France-TAVI Registry, Circulation à paraître

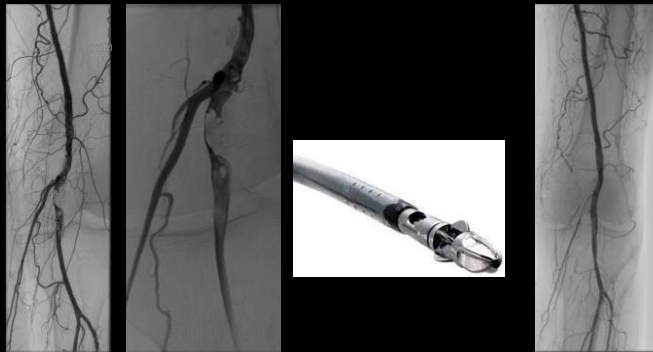
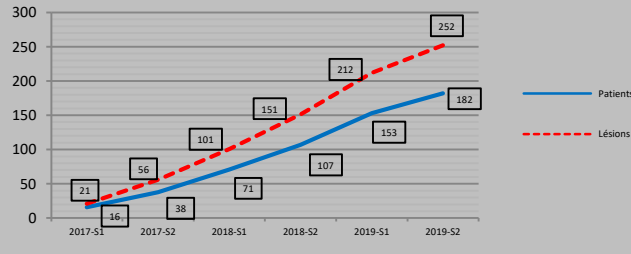
Plus de 1000 patients traités en cardiologie en 2017/2018 (1574 lésions) - Dr J Brunet, Dr G Bayet, Dr JP Peyre - 04 90 14 81 71

Toutes les lésions artérielles touchant les membres inférieurs de l'aorte aux orteils, les artères rénales ou digestives, les artères du membre supérieur
Les anévrismes de l'aorte abdominale, les lésions carotidiennes, les accès vasculaires pour dialyse sont confiés à notre équipe chirurgicale (Dr F Bertheau – Dr G Rovani – Dr J Peidro)

Focus 1: « Nothing left behind », le futur de l'endovasculaire ?

Plutôt que d'écraser la plaque athéromateuse à l'aide d'un ballon et d'étayer ensuite avec un stent, on va extraire et/ou détruire cette plaque sans qu'il ne soit ensuite nécessaire d'implanter un stent: **c'est l'athérectomie endovasculaire**. Procédé particulièrement intéressant sur les zones à hautes contraintes mécaniques (hanche, genou, cheville), ou chez un jeune claudiquant

Athérectomie endovasculaire 2017/2019 (octobre)



Lésion poplitée massivement calcifiée traitée avec succès par athérectomie sans stent (claudiquant, 68 ans)

Un équipement de pointe

Salle dédiée développée dès 2016 en avant-1^{ère} à Rhône-Durance en partenariat avec Philips* (gamme Azurion*)
IVUS périphérique (Volcano*)
Laser Excimer vasculaire (Spectranetics*)
Angiographie CO₂ disponible en 2020 (Angiodroid*)

Objectif: réduction de dose Rx, réduction de produit de contraste iodé



© www.philips.fr

Focus 2: L'ischémie Critique Chronique // Lésions infra-poplitées (« BTK »)

Douleurs spontanées, troubles trophiques, IPS < 0.5, SysToe < 30, TcPo₂ < 10
Mode d'entrée dans la maladie (pas de claudication préalable)
Urgence à revasculariser le pied (85% d'amputation majeure)



Exemple de lésions distales. Conservation du pied après angioplastie des artères tibiales

La compétence vasculaire des cardiologues de Rhône-Durance est désormais reconnue par la communauté chirurgicale

- Intégration au conseil scientifique de nombreux congrès
- Workshops de formation sur site (accueil de chirurgiens) et Live sessions incathlab (webinar)
- Partenariat avec l'industrie. Centre de référence Europe (athérectomie, IVUS, ...)



Unité d'Exploration des Troubles du Sommeil

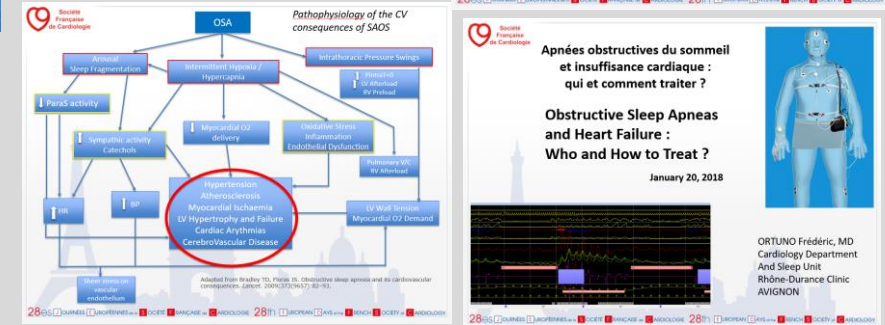
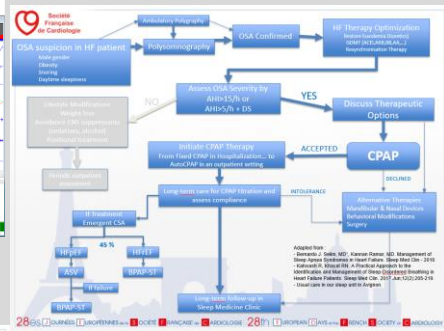
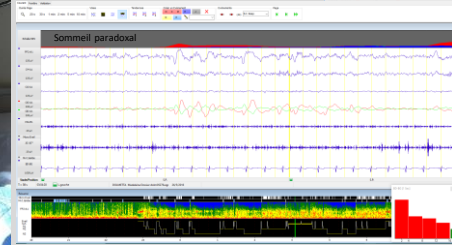
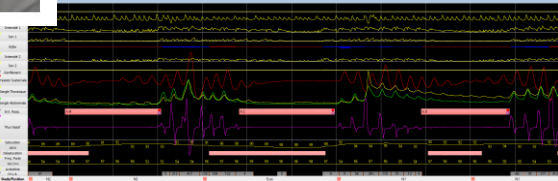
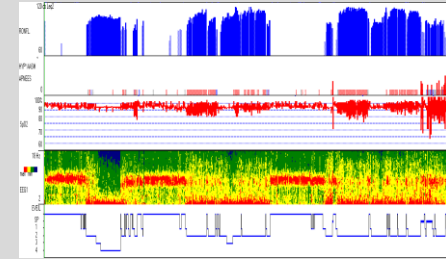
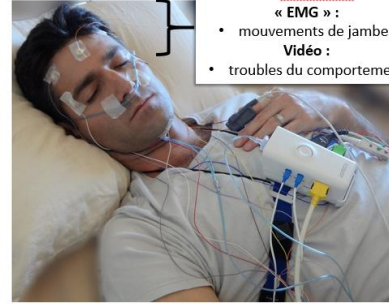
Plus de 500 patients/an explorés en **Polysomnographie** à l'Unité - Dr F. ORTUNO, Dr H. MARSON - 04 90 14 69 25

Le dépistage de TRS par **Polygraphie Ambulatoire** est organisé auprès des secrétariats de consultation respectifs des Drs ORTUNO (Cardiologie) et MARSON (Pneumologie)

Demander une **polysomnographie** si

- Suspicion d'autre pathologie du sommeil
- Insomnie
- Discordance entre la PG et les symptômes

- EEG :**
- stades/durée du sommeil
 - microéveils
- « EMG » :**
- mouvements de jambes
- Vidéo :**
- troubles du comportement



Un équipement de pointe
3 lits sommeil équipés d'un système video-polysomnographique
Equipe pluridisciplinaire Cardio / Pneumo

Apnées obstructives du sommeil et insuffisance cardiaque : qui et comment traiter ?

Obstructive Sleep Apneas and Heart Failure : Who and How to Treat ?

January 20, 2018

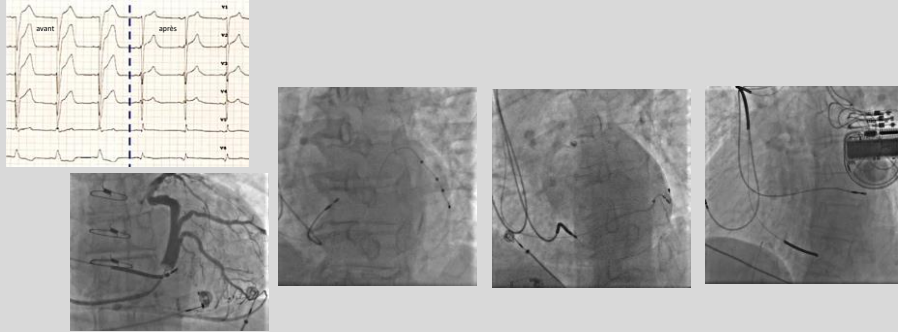
ORTUNO Frédéric, MD
Cardiology Department
And Sleep Unit
Rhône-Durance Clinic
AVIGNON

Plus de 500 patients implantés chaque année, PMK, DAI, CRT - Plus de 600 Ablations (dont 360 Ablations complexes)

Dr FX HAGER, Dr F ORTUNO - 04 90 14 81 71

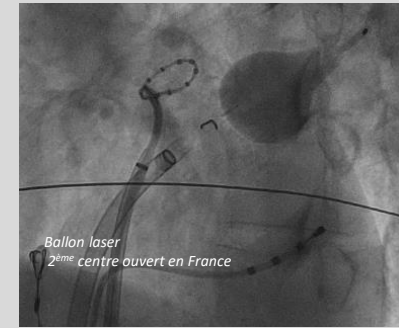
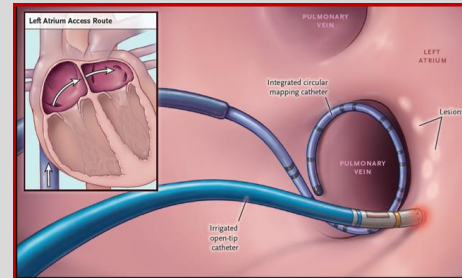
Focus 1: La Resynchronisation : une stimulation cardiaque à visée hémodynamique

Patients insuffisants cardiaques avec altération FEVG, Bloc de Branche Gauche



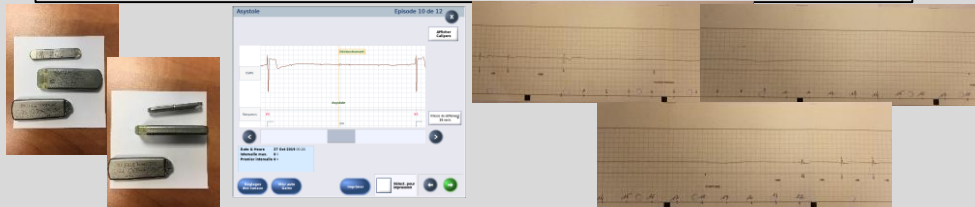
Focus 2: L'Ablation des Arythmies Complexes

FA Paroxystique, radiofréquence et Laser
FA Persistante, FA et Insuffisance Cardiaque
ESV et TV sur cœur sain et sur cardiopathie



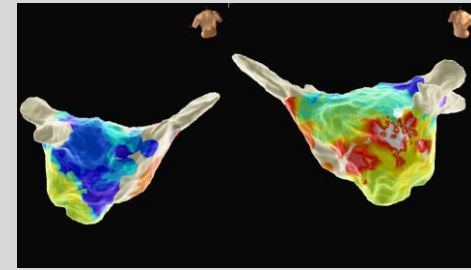
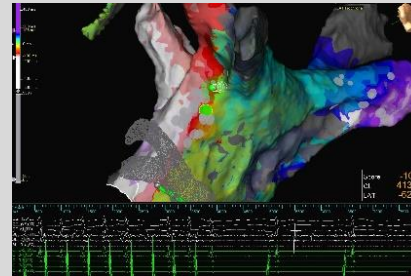
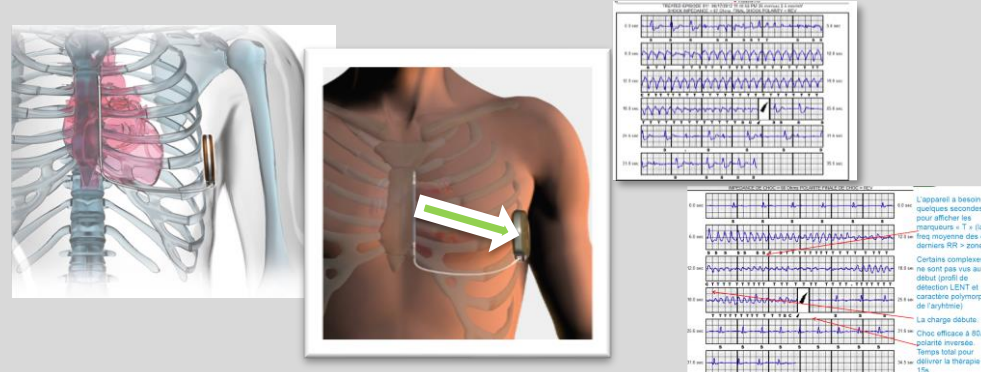
Focus 3: Le Dépistage non invasif des arythmies

FA asymptomatique, AVC cryptogénique, syncopes



Focus 4: Mort Subite Rythmique

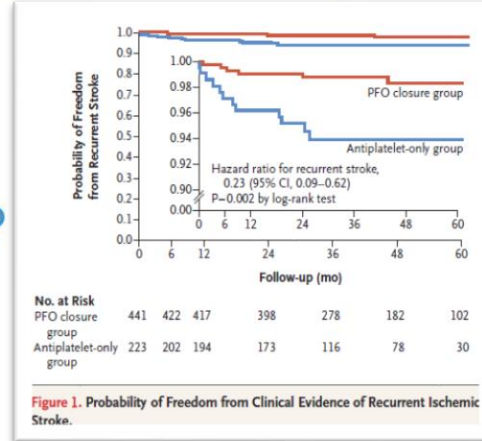
DEF sous-cutané (sans sonde endocavitaire)



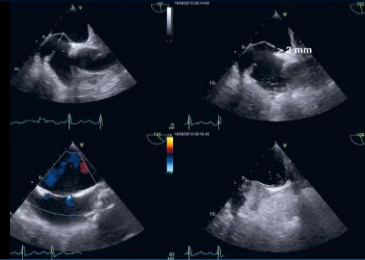
L'année cardiologique

Quoi de neuf en échographie cardiaque ?

Foramen ovale perméable et échographie cardiaque

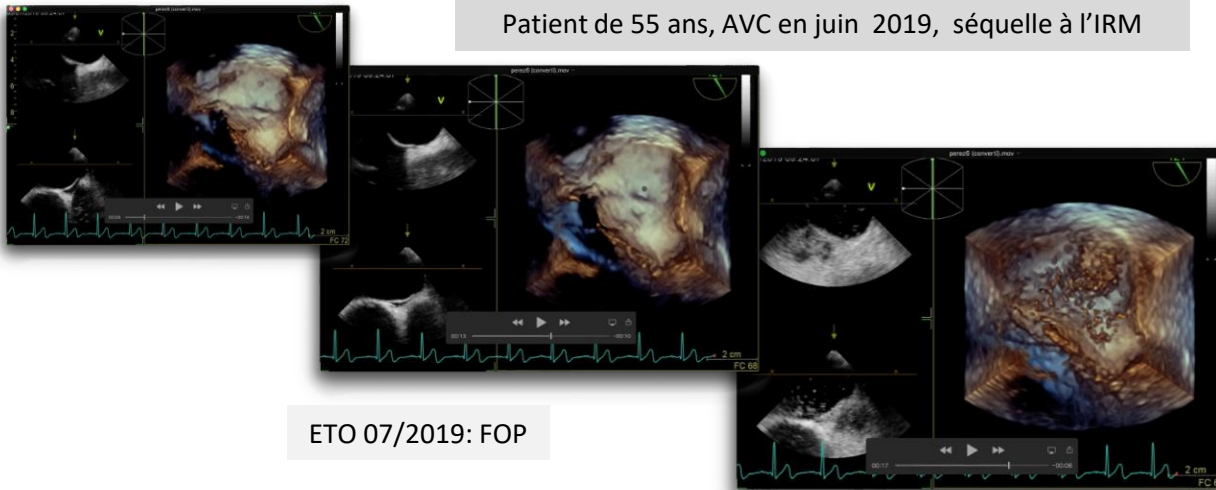


Le diagnostic de FOP repose sur la présence d'un FOP anatomiquement visible (ETO) ou sur le passage de plus de 3 microbulles dans les 3 à 5 battements qui suivent l'opacification complète de l'oreillette droite. Un FOP large est défini par une hauteur ≥ 2 mm



Diagnostic ASIA
Base de l'anévrisme ≥ 15 mm,
Excursion > 10 mm
(en dehors d'un réflexe nauséux, d'efforts de toux ou de Valsalva).

Patient de 55 ans, AVC en juin 2019, séquelle à l'IRM



ETO 07/2019: FOP

Laboratoire d'échocardiographie Rhône-Durance:

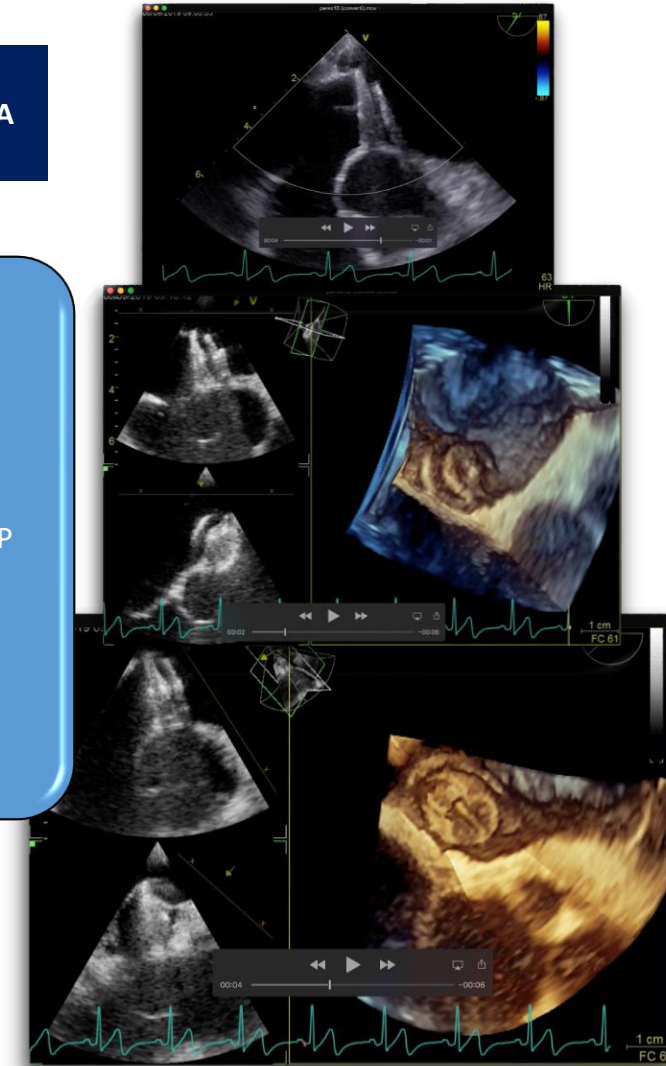
Dr G Dufaitre, Dr C Lacote Roiron, Dr L Meille, Dr C Meuleman

En 2018: 4660 ETT, 1100 ETO, 3480 échographies de stress (avec cardiologues extérieurs)
Enseignement aux DIU Echographie Cardiaque, Cardio-Oncologie, ateliers de formation en échographie cardiaque (Philips, GE), présentations JESFC, congrès Echo

Expérience Rhône Durance
102 procédures de fermetures FOP / CIA
sous contrôle ETO 4 D

Fermeture du FOP, patients répondant à tous les critères suivants :

- Age < 60 ans;
- Infarctus cérébral récent (< 6 mois)
- FOP associé à un ASIA (anévrisme du septum interauriculaire > 10 mm) ou FOP avec un shunt important (> 20 microbulles) ou un FOP large (> 2 mm)
- Lien de causalité très probable entre le FOP et l'infarctus cérébral après un bilan étiologique approprié.



ETO per-procédure 09/2019: mise en place AMPLATZER PFO 20/25 mm