

23^e réunion nationale
GRCI 2016

Passion
Communication
Éducation

Catalogue du GRCI 2016

7-8-9
décembre
2016

Novotel • Paris Tour Eiffel
61, quai de Grenelle 75015 Paris

www.grci.fr

[GRCI 2016
France



Partenaires

Partenaires Platine



Partenaires Or



Partenaires Argent



Partenaires Chrome



Partenaires Bronze



Avec la participation de



Informations

Sommaire

page

4	Edito
5	Organisation
6	Informations générales
7	Synopsis
8	Programme
13	Intervenants
14	Groupes partenaires
18	Centre Lives
20	Book du GRCI 2017
26	Financement
27	Annales de Cardiologie
29	Fiches produits
57	Bloc notes

Passion Communication Éducation

Le **Groupe de Réflexion sur la Cardiologie Interventionnelle (GRCI)** est constitué de professionnels de santé intéressés par le partage d'expériences et la transmission d'informations sur les nombreux domaines couverts par la Cardiologie Interventionnelle.

Les métiers liés à la Cardiologie Interventionnelle sont exigeants avec une formation longue, une implication physique, une exposition aux radiations ionisantes, et des situations souvent stressantes. Mener une carrière en Cardiologie Interventionnelle nécessite une **passion** pendant l'ensemble de son exercice professionnel.

La Cardiologie Interventionnelle reste dynamique avec un nombre grandissant de pathologies traitées, des innovations développées par les industries du médicament et des dispositifs implantables, et des recommandations professionnelles sans cesse renouvelées. La **communication** est un outil indispensable permettant aux cardiologues interventionnels d'être informés efficacement et rapidement.

Le congrès du **GRCI France 2016** s'inscrit dans cette démarche en présentant des informations qui doivent cependant être soumises à la critique pour permettre aux participants d'améliorer leurs connaissances et de situer leurs pratiques.

Le **GRCI France 2016**, c'est un programme multimodal axé sur **l'éducation** avec :

- des lectures scientifiques
- des communications libres
- des cas cliniques
- des démonstrations interventionnelles en direct
- des rencontres avec des spécialistes
- des discussions entre professionnels de santé
- des documents pédagogiques

Le **GRCI France 2016**, c'est un programme avec **23** sessions médicales, **5** sessions paramédicales, **2** sessions de communications libres, **3** sessions de cas cliniques, **4** sessions pédagogiques, **2** sessions parrainées, la finale du concours Cardistar et **10** sessions de démonstrations interventionnelles en direct.

Le **GRCI France 2016**, c'est la participation de dix groupes partenaires tous impliqués dans la Cardiologie Interventionnelle.

Le **GRCI France 2016**, c'est un partenariat avec une trentaine d'industriels du médicament et des dispositifs médicaux, acteurs de la Cardiologie Interventionnelle.

Le **GRCI France 2016**, c'est un lieu organisé pour favoriser des rencontres enrichissantes pour plus de 900 professionnels de santé (médecins, paramédicaux, industriels) impliqués dans la Cardiologie Interventionnelle.

C'est donc un grand plaisir de vous accueillir les 7, 8 et 9 décembre 2016 à Paris pour le **GRCI France 2016** (23^e Réunion Nationale) pour partager ensemble :

Passion, Communication et Éducation.

Le bureau du GRCI

Le conseil médical du GRCI France 2016

Le conseil paramédical du GRCI France 2016

Le comité général d'organisation du GRCI France 2016

Organisation

Bureau

Pierre AUBRY, Paris
 Hakim BENAMER, Massy
 Kamel BOUGHALEM, Paris
 Camille BRASSELET, Reims
 Jean-Philippe COLLET, Paris
 Benoît GERARDIN, Le Plessis-Robinson
 Gaëtan KARRILLON, Eaubonne
 Bernard LIVAREK, Le Chesnay
 Jacques MONSÉGU, Grenoble
 Pascal MOTREFF, Clermont-Ferrand
 Antoine PY, Amiens
 Grégoire RANGÉ, Le Coudray
 Victor STRATIEV, Saint-Denis
 Emmanuel TEIGER, Créteil

Conseil médical

Franck ALBERT, Le Coudray
 Michael ANGIOI, Nancy
 Loïc BELLE, Annecy
 Zied BEN EL HADJ, Tunis
 Stephan CHASSAING, Tours
 Mohamed CHETTIBI, Blida
 Charles CHRISTOPHE, Metz
 Thomas CUISSET, Marseille
 Olivier DARREMONT, Bordeaux
 Nicolas DUMONTEIL, Toulouse
 Patrick DUPOUY, Antony
 Claude HANET, Namur
 Thierry JOSEPH, Quimper
 Guillaume LEURENT, Rennes
 Stéphane MANZO-SILBERMAN, Paris
 Nicolas MENEVEAU, Besançon
 Christophe PIOT, Montpellier
 Georgios SIDERIS, Paris
 Patrick STAAT, Villeurbanne
 Charlotte TROUILLET, La Rochelle
 Eric VAN BELLE, Lille
 Gilles ZEMOUR, Cannes

Conseil paramédical

Hervé FALTOT, Colmar
 Christophe LAURE, Le Coudray
 Monique LESPES, Créteil
 Mireille SIMON, Massy

Comité d'organisation

Pierre AUBRY, Paris
 Camille BRASSELET, Reims
 Jean-Philippe COLLET, Paris
 Antoine PY, Amiens

Europa Organisation

Relation avec les congressistes :

Julie ALBAGNAC & Mélanie DUBOURG

Relation avec les intervenants :

Lize CORBIN & Sandrine BOUHET

Relation avec les partenaires :

Frédéric GRANDJEAN

Technique :

Olivier MATHIE, Adeline SORIGNET & Patricia BROUX

Assistante chef de projet : Céline BRIGNON

Chef de projet : Bertrand PANTZ

Informations générales

Lieu du Congrès :

Novotel - Paris Tour Eiffel
61, quai de Grenelle 75015 Paris
Métro : Charles-Michels ligne 10

Accueil :

- Mercredi 7 décembre : 9:00
- Jeudi 8 décembre : 7:30
- Vendredi 9 décembre : 8:00

Intervenants :

Les intervenants sont attendus 90 minutes au minimum avant leur présentation. Une fois leur badge retiré, ils doivent se présenter en salle Preview située près de l'accueil pour télécharger leur présentation. Un technicien sera chargé de vérifier la durée et la qualité technique du fichier.

ATTENTION : aucune présentation ne pourra être réalisée à partir de l'ordinateur de la salle ou du propre ordinateur de l'intervenant.

Hébergement :

Novotel - Paris Tour Eiffel
61, quai de Grenelle 75015 Paris
Métro : Charles-Michels ligne 10

Hôtel IBIS - Cambronne

2, rue Cambronne 75015 Paris.
Métro : Cambronne ligne 6

Afterwork du GRCI :

Mercredi 7 décembre de 19:30 à 21:30

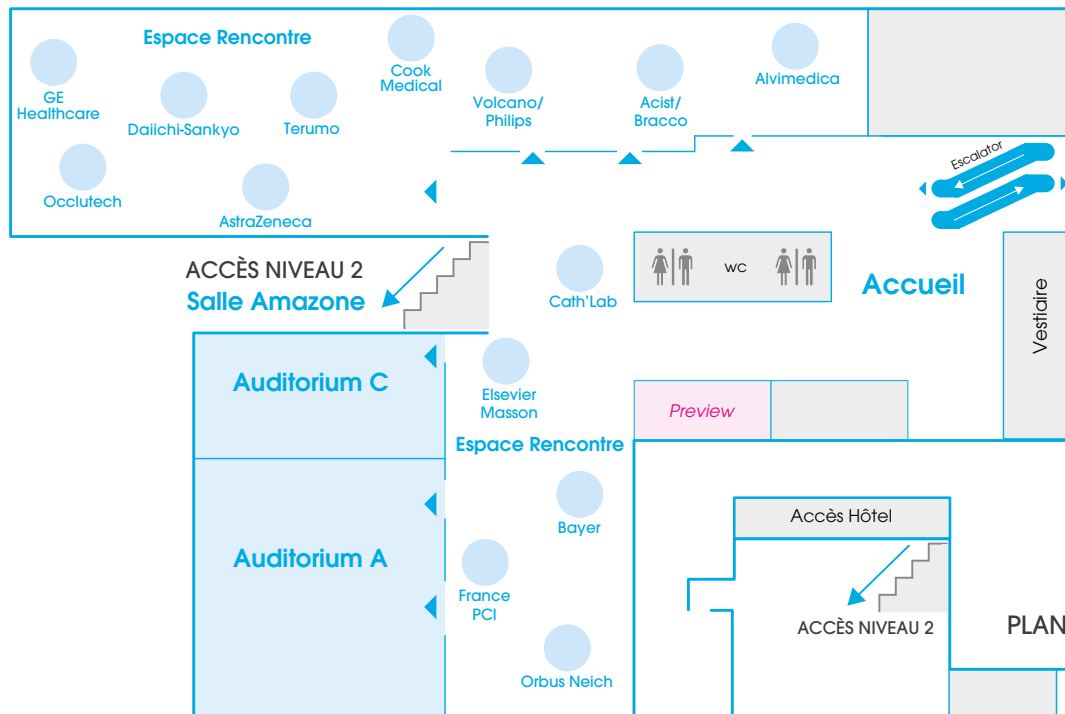
Bulles du GRCI :

Jeudi 8 décembre dès 19:00 sur l'espace rencontre

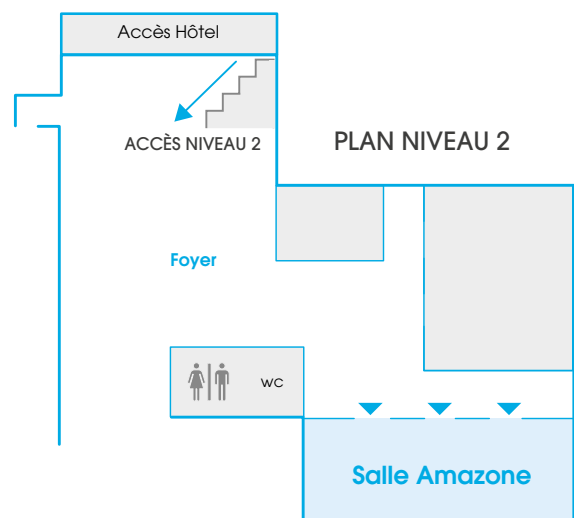
GRCI 2016

Plan Novotel • Paris Tour Eiffel

PLAN NIVEAU 3



PLAN NIVEAU 2



Synopsis

Mercredi 7 décembre 2016

9.00 Accueil

	AUDITORIUM A	AUDITORIUM C	SALLE AMAZONE
10.00-11.00	SESSION PARAMÉDICALE 1 Interventionnel non coronaire : place de l'imagerie multimodale	SESSION FOCUS 1 Athérectomie rotationnelle : nouvelles règles d'utilisation	SESSION FOCUS 2 Mécanique des stents : de la théorie à la pratique en 2016
11.00-11.15	Pause sur l'espace rencontre		
11.15-12.45	SESSION MÉDICALE 1 SCA ST+ avec situations complexes	SESSION PARALLÈLE 1 Coronarographie avec scanner coronaire : pourquoi et pour qui ?	SESSION PARALLÈLE 2 Shunts interauriculaires : place de l'interventionnel
12.50-13.50	Déjeuner sur l'espace rencontre		
12.50-13.35		SESSION PARRAINÉE Patients avec SCA à haut risque : comment gérer le traitement antiplaquettaire ?	
12.50-13.50			SESSION CAS CLINIQUES 1
14.00-15.30	SESSION MÉDICALE 2 Êtes-vous sûr de tout savoir sur les CTO ?	SESSION PARAMÉDICALE 2 Place des paramédicaux dans la recherche clinique	SESSION PARALLÈLE 3 Actualités sur l'interventionnel périphérique
15.30-16.00	Pause sur l'espace rencontre		
16.00-17.30	SESSION MÉDICALE 3 TAVI : savoir gérer les coronaires et les ilio-fémorales	SESSION PARAMÉDICALE 3 SCA ST+	SESSION PARALLÈLE 4 Plaque vulnérable : concept, diagnostic, traitement, prévention
17.30-18.00	Pause sur l'espace rencontre		
18.00-19.00	SESSION PÉDAGOGIQUE 1 Angioplastie du tronc commun	SESSION PÉDAGOGIQUE 2 Angiographie et angioplastie des pontages coronaires	SESSION COMMUNICATIONS LIBRES 1
19.30-21.30	Afterwork du GRCI		

Jeudi 8 décembre 2016

7.30 Accueil

	AUDITORIUM A	AUDITORIUM C	SALLE AMAZONE
8.30-10.00	SESSION MÉDICALE 4 SCA ST- non athéromateux : pièges diagnostiques	SESSION FOCUS 3 Gestion des sténoses aortiques chez les patients fragiles et âgés	SESSION FOCUS 4 Tamponnade : gestion et prévention
10.00-10.30	Pause sur l'espace rencontre		
10.30-12.00	SESSION MÉDICALE 5 Chirurgie coronaire en 2020 : quels patients et quelles techniques ?	SESSION PARALLÈLE 5 Bifurcations coronaires : comment optimiser l'angioplastie ?	SESSION PARALLÈLE 6 FA à risque thromboembolique : ACO ou occlusion de l'auricule gauche ?
12.00-12.30	INFORMATIONS GACI		
12.15-13.45			SESSION COMMUNICATIONS LIBRES 2
12.45-13.45	Déjeuner sur l'espace rencontre		
12.45-13.15	SESSION PARRAINÉE AOD : actualités dans la prise en charge des patients en FA		
12.45-13.30		SESSION PARALLÈLE 7 Actualités sur les dyslipidémies	
14.00-15.30	SESSION MÉDICALE/PARAMÉDICALE Gestion du stress au cath-lab	SESSION PARALLÈLE 8 Quelle surveillance après une procédure interventionnelle ?	SESSION PARALLÈLE 9 Registres interventionnels en cours ou à venir
15.30-16.00	Pause sur l'espace rencontre		
16.00-17.30	SESSION MÉDICALE 6 Cardiologie interventionnelle de l'insuffisance cardiaque	SESSION PARALLÈLE 10 Cardiologie interventionnelle et oncologie : problématiques	SESSION PARALLÈLE 11 Gestion du patient supposé pluritronculaire
17.30-18.00	Pause sur l'espace rencontre		
18.00-19.00	SESSION PÉDAGOGIQUE 3 Connexions anormales des coronaires : de A à Z	SESSION PÉDAGOGIQUE 4 Abord fémoral : de la ponction à l'hémostase	SESSION CAS CLINIQUES 2
19.00-20.00	Bulles du GRCI sur l'espace rencontre		

Vendredi 9 décembre 2016

8.00 Accueil

	AUDITORIUM A	AUDITORIUM C	SALLE AMAZONE
9.00-10.30	SESSION MÉDICALE 7 Progrès en imagerie cardiovasculaire	SESSION PARAMÉDICALE 4 Assistances cardiaques	SESSION PARALLÈLE 12 Lésions tardives après stenting : resténose ? néoathérome ?
10.30-11.00	Pause sur l'espace rencontre		
11.00-12.30	SESSION MÉDICALE 8 Recommandations scientifiques : intérêts et limites	SESSION PARAMÉDICALE 5 Occlusions coronaires chroniques	SESSION PARALLÈLE 13 Stents biorésorbables : pourquoi ? pour qui ? lequel ?
12.45-13.45	Déjeuner sur l'espace rencontre		
12.45-13.45		SESSION PARRAINÉE CARDIOSTAR Finale du concours de cas cliniques coronaires et valvulaires	SESSION PARALLÈLE 14 Personnalisation du traitement antithrombotique
14.00-15.30	SESSION MÉDICALE 9 FFR : forces et faiblesses		

15.30 Clôture

Programme

Mercredi 7 décembre

9.00 Accueil
10.00-11.00
AUDITORIUM A
SESSION PARAMÉDICALE 1
Interventionnel non coronaire : place de l'imagerie multimodale

Coordinateurs : Benoît GERARDIN, Le Plessis-Robinson

Monique LESPES, Créteil

Modérateur : Thomas GANDAI, Paris

Lecture 1 - 10:00-10:20 L'anatomie comme vous ne l'avez jamais imaginée

Guénolé GUERMEUR, Le Plessis-Robinson

Johann LETEINTURIER, Le Plessis-Robinson

Lecture 2 - 10:20-10:40 Guidage par fusion d'images : expérience nantaise

Blandine BOURDOISEAU LAMBERT, Nantes

Nathalie MUSSEAU, Nantes

Lecture 3 - 10:40-11:00 Occlusion auricule gauche et fusion d'images avec l'échographie

Adel AMINIAN, Charleroi

10.00-11.00
AUDITORIUM C
SESSION FOCUS 1
Athérectomie rotationnelle : nouvelles règles d'utilisation

Coordinateurs : Victor STRATIEV, Saint-Denis

Gilles ZEMOUR, Cannes

Modérateur : Philippe COMMEAU, Ollioules

Lecture 1 - 10:00-10:20 Les fondamentaux de l'athérectomie rotationnelle

Pierre MEYER, Saint-Laurent-Du-Var

Lecture 2 - 10:20-10:40 Prévention et gestion des complications

Fabrice LEROY, Lille

Lecture 3 - 10:40-11:00 Athérectomie rotationnelle 2.0 : quelles nouveautés ?

Mohamed ABDELLAOUI, Grenoble

10.00-11.00
SALLE AMAZONE
SESSION FOCUS 2
Mécanique des stents : de la théorie à la pratique en 2016

Coordinateurs : Kamel BOUGHALEM, Paris

Charlotte TROUILLET, La Rochelle

Modérateur : Jean-Louis LEYMARIE, Bordeaux

 Lecture 1 - 10:00-10:20 Biomécanique des stents *balloon-expandable*

Gérard FINET, Lyon

 Lecture 2 - 10:20-10:40 Biomécanique des stents *self-expandable*

Philippe DURAND, Paris

Lecture 3 - 10:40-11:00 Biomécanique des stents bio-résorbables

Benjamin HONTON, Toulouse

11.00-11.15
Pause sur l'espace rencontre
11.15-12.45
AUDITORIUM A
SESSION MÉDICALE 1

En partenariat avec le Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC)

SCA ST+ avec situations complexes

Coordinateurs : Claude HANET, Namur

Jacques MONSÉGU, Grenoble

Modérateurs : Guillaume CAYLA, Nîmes

Jean-Luc VANDENBOSSCHE, Bruxelles

 Lecture 1 - 11:15-11:30 Prévention et gestion des *slow-flow* et *no-reflow*

Olivier GACH, Liège

Lecture 2 - 11:30-11:45 Gestion du patient avec lésion significative du tronc commun

Adel AMINIAN, Charleroi

Lecture 3 - 11:45-12:00 Gestion du patient en choc cardiogénique : quelle assistance ?

Charles-Edouard LUYT, Paris

Live 1 - 12:00-12:35 Live coronaire depuis le Centre Hospitalier

Annecy Genevois

11.15-12.45
AUDITORIUM C
SESSION PARALLÈLE 1

En partenariat avec le Collège National des Cardiologues des Hôpitaux (CNCH)

Coronarographie avec scanner coronaire : pourquoi et pour qui ?

Coordinateurs : Franck ALBERT, Le Coudray

Gilles ZEMOUR, Cannes

Modérateur : Christophe CAUSSIN, Paris

Lecture 1 - 11:15-11:35 Intérêt du scanner coronaire avant une angioplastie complexe

Alice OHANESSIAN, Paris

Lecture 2 - 11:35-11:55 Anomalies congénitales des coronaires : apport du scanner coronaire

Anne BELLEMAIN-APPAIX, Antibes

Lecture 3 - 11:55-12:15 Place du scanner coronaire chez les patients pontés

Nicolas BARON, Le Chesnay

Lecture 4 - 12:15-12:35 Couplage coronarographie/scanner au cath-lab : bientôt ?

Fabien DE POLI, Haguenau

11.15-12.45
SALLE AMAZONE
SESSION PARALLÈLE 2
Shunts interauriculaires : place de l'interventionnel

Coordinateurs : Kamel BOUGHALEM, Paris

Nicolas MENEVEAU, Besançon

Modérateur : Jean-René LUSSON, Clermont-Ferrand

Lecture 1 - 11:15-11:35 Place de l'imagerie pour la fermeture des shunts interauriculaires

Alain DELABAYS, Lausanne

Lecture 2 - 11:35-11:55 Indications neurologiques de fermeture d'un FOP : où en sommes nous ?

Eustaquio ONORATO, Bergamo, Italie

Lecture 3 - 11:55-12:15 Fermeture et création percutanée de CIA : indications

Patrick OHLMANN, Strasbourg

Lecture 4 - 12:15-12:35 Conseils pour la fermeture des CIA larges ou multiperforées

François GODART, Lille

12.50-13.50
Déjeuner sur l'espace rencontre
12.50-13.35
AUDITORIUM C
SESSION PARRAINÉE

par AstraZeneca

Patients avec SCA à haut risque : comment gérer le traitement antiplaquettaire ?

Coordinateurs : Nicolas MENEVEAU, Besançon

Charlotte TROUILLET, La Rochelle

Lecture 1 - 12:50-13:10 Épidémiologie des SCA à haut risque

Etienne PUYMIRAT, Paris

Lecture 2 - 13:10-13:30 Cas cliniques sur la durée du traitement

François DIEVART, Dunkerque

12.50-13.50
SALLE AMAZONE
SESSION CAS CLINIQUES 1

Coordinateurs : Guillaume LEURENT, Rennes

Jacques MONSÉGU, Grenoble

Modératrice : Clémence BASSEZ, Marseille

CC-1 - 12:50-13:05 Complications traumatiques valvulaires des assistances ventriculaires gauches percutanées

Flavien VINCENT, Lille

CC-2 - 13:05-13:20 Fracture de stent lors d'une angioplastie de bifurcation

Habib BEN AHMED, Tunis

CC-3 - 13:20-13:35 Place de l'angiographie pulmonaire dans l'arrêt cardiaque

Alesandra BUTURE, Bruxelles

CC-4 - 13:35-13:50 Cause inhabituelle d'ischémie myocardique chez un patient ponté

Rania HAMMAMI, Sfax

14.00-15.30

AUDITORIUM A

SESSION MÉDICALE 2**Êtes-vous sûr de tout savoir sur les CTO ?**

Coordinateurs : Nicolas DUMONTEIL, Toulouse
Antoine PY, Amiens
Modérateurs : Thomas HOVASSE, Massy
Karl ISAAZ, Saint-Etienne

Minutes de l'industrie 1 - 14:00-14:05 Terumo

- Lecture 1 - 14:05-14:20 Pourquoi demander à l'angioplastie des CTO de sauver des vies ?
Erwan BRESSOLLETTE, Nantes
- Lecture 2 - 14:20-14:35 Une viabilité documentée est-elle une raison suffisante pour recanaliser une CTO ?
Stephan CHASSAING, Tours
- Lecture 3 - 14:35-14:50 Recanalisation d'une CTO : une technique standardisée qui doit être enseignée
Alexandre AVRAN, Saint-Laurent-du-Var
- Live 2 -  14:50-15:25 Live structural depuis le Centre Hospitalier Annecy Genevois

14.00-15.30

AUDITORIUM C

SESSION PARAMÉDICALE 2**Place des paramédicaux dans la recherche clinique**

Coordinateurs : Pierre AUBRY, Paris
Christophe LAURE, Le Coudray
Modérateur : Hend MADIOT, Metz-Tessy

- Quizz 1 - 14:00-14:10 Quizz sur les bonnes pratiques cliniques en recherche
Pierre AUBRY, Paris
- Lecture 1 - 14:10-14:30 Retour d'expérience sur l'organisation de la recherche clinique en cardiologie
Jean-Baptiste AZOWA, Versailles
- Lecture 2 - 14:30-14:50 Qu'est ce qu'un programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) ?
Evelyne MALAQUIN-PAVAN, Paris
- Lecture 3 - 14:50-15:10 Les sources de financement pour participer à la recherche clinique
Karine BROCHARD, Paris
- Quizz 2 - 15:10-15:20 Actualités sur le registre France PCI et place des paramédicaux
Christophe LAURE, Le Coudray
- L'essentiel à retenir - 15:20-15:25
Pierre AUBRY, Paris
Christophe LAURE, Le Coudray

14.00-15.30

SALLE AMAZONE

SESSION PARALLÈLE 3**Actualités sur l'interventionnel périphérique**

Coordinateurs : Charles CHRISTOPHE, Metz
Gaëtan KARRILLON, Eaubonne
Modérateur : Thierry CARRERES, Argenteuil

- Lecture 1 - 14:00-14:20 Comment débiter un programme de *Below The Knee (BTK)*
Jérôme BRUNET, Avignon
- Lecture 2 - 14:20-14:40 Peut-on se passer de la chirurgie pour l'artériopathie ilio-fémorale ?
Rémy COHEN, Jossigny
- Lecture 3 - 14:40-15:00 Fermeture des abords vasculaires larges
Sylvain CARILLO, Metz
- Lecture 4 - 15:00-15:20 Place de l'interventionnel dans la maladie thromboembolique veineuse
Jean-Marc PERNES, Antony

15.30-16.00

Pause sur l'espace rencontre

16.00-17.30

AUDITORIUM A

SESSION MÉDICALE 3

En partenariat avec le CRAC (Club Régional des Angioplasticiens de la région Centre)

TAVI : savoir gérer les coronaires et les ilio-fémorales

Coordinateurs : Stephan CHASSAING, Tours
Franck ALBERT, Le Coudray
Modérateurs : Mauro ROMANO, Massy
Laurent QUILLIET, Tours

- Lecture 1 - 16:00-16:15 Comment choisir une valve en 2016 ?
Didier TCHÉTCHÉ, Toulouse
- Lecture 2 - 16:15-16:30 Gestion des complications vasculaires en 2016
Christophe SAINT ETIENNE, Tours

Lecture 3 - 16:30-16:45 Sténoses coronaires et TAVI : lesquelles traiter ? quand les traiter ?

Christophe BARBEY, Tours
Live 3 -  16:45-17:20 Live valvulaire depuis le Centre Hospitalier Annecy Genevois

16.00-17.30

AUDITORIUM C

SESSION PARAMÉDICALE 3**SCA ST+**

Coordinateurs : Camille BRASSELET, Reims
Mireille SIMON, Massy
Modérateur : Estelle MYNY, Massy

- Lecture 1 - 16:00-16:20 Prise en charge des SCA ST+ par le SAMU/SMUR
Steven LAGADEC, Corbeil-Essonnes
- Lecture 2 - 16:20-16:40 SCA ST+ au cath-lab
Fanny VILLANOVA, Jossigny
- Lecture 3 - 16:40-17:00 Prise en charge des SCA ST+ en USIC
Eglantine DANCEL, Massy
- Lecture 4 - 17:00-17:20 Prise en charge psychologique du patient après un SCA ST+
Anne LE BOUDEC, Paris

16.00-17.30

SALLE AMAZONE

SESSION PARALLÈLE 4

En partenariat avec l'Association des Cardiologues Interventionnels de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (ASAHP)

Plaque vulnérable : concept, diagnostic, traitement, prévention

Coordinateurs : Pascal MOTREFF, Clermont-Ferrand
Georgios SIDERIS, Paris
Modérateur : Gérard FINET, Lyon

- Lecture 1 - 16:00-16:20 Concept de la plaque vulnérable : revue de la littérature
Olivier VARENNE, Paris
- Lecture 2 - 16:20-16:40 Imagerie de la plaque : critères de vulnérabilité
Laurent FELDMAN, Paris
- Lecture 3 - 16:40-17:00 Stabilisation de la plaque : approche médicamenteuse
Gregory DUCROCQ, Paris
- Lecture 4 - 17:00-17:20 Stabilisation de la plaque : approche interventionnelle
Géraud SOUTEYRAND, Clermont-Ferrand

17.30-18.00

Pause sur l'espace rencontre

18.00-19.00

AUDITORIUM A

SESSION PÉDAGOGIQUE 1**Angioplastie du tronc commun**

Coordinateurs : Jacques MONSÉGU, Grenoble
Charles CHRISTOPHE, Metz
Animateur : Laurent DROGOUL, Saint-Laurent-Du-Var

18.00-19.00

AUDITORIUM C

SESSION PÉDAGOGIQUE 2**Angiographie et angioplastie des pontages coronaires**

Coordinateurs : Michael ANGIOI, Essey-Lès-Nancy
Hakim BENAMER, Massy
Animateur : Mohammed El Amine BOUZID, Alger

18.00-19.00

SALLE AMAZONE

SESSION COMMUNICATIONS LIBRES 1

Coordinateurs : Axel de LABRIOLLE, Montauban
Sébastien DUVAL, Reims
Modérateur : Jérôme WINTZER, Grenoble

- CL-01 - 18:00-18:15 Étude de la multimérisation du facteur Willebrand pour identifier les insuffisances aortiques après TAVI
Flavien VINCENT, Lille
- CL-02 - 18:15-18:30 Impact pronostique de la protrusion tissulaire après angioplastie chez les patients avec SCA ST- : une étude par OCT
Bruno GENET, Besançon
- CL-03 - 18:30-18:45 Variabilité interobservateur pour classer les anomalies de connexion coronaire : étude ancillaire du registre ANOCOR
Koutsoukis ATHANASIOS, Athènes
- CL-04 - 18:45-19:00 SCA non athéromateux ou survenant dans un contexte inhabituel
Farouk BOUKERCHE, Oran

19.30-21.30

Afterwork du GRCI

Jeudi 8 décembre

7.30 Accueil
8.30-10.00
AUDITORIUM A
SESSION MÉDICALE 4
SCA ST- non athéromateux : pièges diagnostiques

 Coordinateurs : Pascal MOTREFF, Clermont-Ferrand
 Charlotte TROUILLET, La Rochelle

 Modérateurs : Nicolas BOUDOU, Toulouse
 Stéphanie MARLIÈRE, La Tronche

 Lecture 1 - 08:30-08:45 Pathologies myocardiques simulant un SCA
 Nicolas COMBARET, Clermont-Ferrand

 Lecture 2 - 08:45-09:00 Dissection et hématome coronaires
 Sébastien LEVESQUE, Poitiers

 Lecture 3 - 09:00-09:15 Anévrismes coronaires
 Laurent DELORME, Montauban

Live 4 - 09:15-09:50 Live coronaire depuis le Centre Hospitalier de Versailles


8.30-10.00
AUDITORIUM C
SESSION FOCUS 3
Gestion des sténoses aortiques chez les patients fragiles et âgés

 Coordinateurs : Thomas CUISSET, Marseille
 Antoine PY, Amiens

Modérateur : Matthieu GODIN, Rouen

 Lecture 1 - 08:30-09:00 En cas de TAVI techniquement possible et théoriquement indiqué, comment apprécier l'état gériatrique ?
 Olivier HANON, Paris

 Lecture 2 - 09:00-09:30 Conséquences neurocognitives du TAVI et de la chirurgie valvulaire aortique
 Gauthier MOUILLET, Créteil

 Lecture 3 - 09:30-10:00 Que nous apprennent les registres sur le pronostic de cette population après TAVI ?
 Héléne ELTCHANINOFF, Rouen

8.30-10.00
SALLE AMAZONE
SESSION FOCUS 4
Tamponnade : gestion et prévention

 Coordinateurs : Benoît GERARDIN, Le Plessis-Robinson
 Nicolas MENEVEAU, Besançon

Modérateur : Thierry JOSEPH, Quimper

 Lecture 1 - 08:30-09:00 Tamponnades : drainages au cath-lab ou drainage chirurgical ?
 Alexandre AZMOUN, Le Plessis-Robinson

 Lecture 2 - 09:00-09:30 Technique du drainage péricardique percutané en urgence
 Ryad BOURKAIB, Evreux

 Lecture 3 - 09:30-10:00 Comment éviter la survenue d'une tamponnade au cath-lab
 Michael ANGIOL, Essey-Lès-Nancy

10.00-10.30
Pause sur l'espace rencontre
10.30-12.00
AUDITORIUM A
SESSION MÉDICALE 5
Chirurgie coronaire en 2020 : quels patients et quelles techniques ?

 Coordinateurs : Camille BRASSELET, Reims
 Christophe PIOT, Montpellier

 Modérateurs : Roland DEMARIA, Montpellier
 Ashok TIROUVANZIAM, Nantes

Minutes de l'industrie 2 - Abbott Vascular

 Lecture 1 - 10:35-10:50 Réalité de la chirurgie coronaire tout artériel ?
 Pascal LEPRINCE, Paris

 Lecture 2 - 10:50-11:05 Voies mini-invasives et robotique
 Jean-François FUZELLIER, Saint-Etienne

 Lecture 3 - 11:05-11:20 Stratégies hybrides
 Jean-Paul REMADI, Amiens

Live 5 - 11:20-11:55 Live coronaire depuis le Centre Hospitalier de Versailles


10.30-12.00
AUDITORIUM C
SESSION PARALLÈLE 5

En partenariat avec l'Algerian Group of Interventional Cardiology (AGIC)

Bifurcations coronaires : comment optimiser l'angioplastie ?

 Coordinateurs : Mohamed CHETTIBI, Blida
 Nicolas DUMONTEIL, Toulouse

Modérateur : Aziz RAHLI, Tizi Ouzou

 Lecture 1 - 10:30-10:50 Kissing, POT seul, ou POT/side branch/rePOT ?
 Olivier DARREMONT, Bordeaux

 Lecture 2 - 10:50-11:10 Peut-on réaliser une angioplastie du tronc commun sans imagerie endocoronaire ?
 Bassem AOUCHE, Constantine

 Lecture 3 - 11:10-11:30 Techniques avec 2 stents : quand et comment ?
 Mohammed El Amine BOUZID, Alger

 Lecture 4 - 11:30-11:50 Peut-on traiter une bifurcation avec un stent biorésorbable ?
 Bruno FARAH, Toulouse

10.30-12.00
SALLE AMAZONE
SESSION PARALLÈLE 6
FA à risque thromboembolique : ACO ou occlusion de l'auricule gauche ?

 Coordinateurs : Pierre AUBRY, Paris
 Benoît GERARDIN, Le Plessis-Robinson

Modérateur : Antoine GOMMEAUX, Bois-Bernard

 Lecture 1 - 10:30-10:50 10 conseils pour une occlusion réussie de l'auricule gauche
 Jean-Benoît THAMBO, Pessac

 Lecture 2 - 10:50-11:10 Complications neurologiques des anticoagulants oraux
 Fernando PICO, Versailles

 Lecture 3 - 11:10-11:30 Prévention et gestion d'une migration de prothèse
 Sébastien ARMERO, Marseille

 Lecture 4 - 11:30-11:50 Le registre FLAAC
 Emmanuel TEIGER, Créteil

12.00-12.30
AUDITORIUM A
INFORMATIONS GACI

Présentées par Pascal MOTREFF, Clermont-Ferrand

12.15-13.45
SALLE AMAZONE
SESSION COMMUNICATIONS LIBRES 2

 Coordinateurs : Farzin BEYGULI, Caen
 Hervé LE BRETON, Rennes

Modérateur : Mathieu PANKERT, Avignon

 CL-05 - 12:15-12:30 Impact pronostique de la charge thrombotique évaluée par OCT dans les SCA ST- traités par angioplastie
 Bruno GENET, Besançon

 CL-06 - 12:30-12:45 Dilatation mitrale percutanée : facteurs prédictifs de succès
 Sami MILOUCHI, Médenine

 CL-07 - 12:45-13:00 Sécurité et résultats de 727 tests au Méthergin® consécutifs
 Paul-Matthieu CHIARONI, Paris

 CL-08 - 13:00-13:15 Une cause rare de SCA : l'anomalie de connexion de l'artère coronaire droite
 Mohamed Oualid AOUISSI, Annaba

 CL-09 - 13:15-13:30 Sécurité et efficacité du stent coronaire Cobra Pzf Nanocoated chez 1 000 patients consécutifs : registre prospectif e-Cobra
 Luc MAILLARD, Aix-en-Provence

 CL-10 - 13:30-13:45 L'angioplastie coronaire en ambulatoire : une étude prospective monocentrique sur 2 ans
 Shahabeddin DARBANI, Le Chesnay

12.45-13.45
Déjeuner sur l'espace rencontre
12.45-13.15
AUDITORIUM A
SESSION PARRAINÉE

par Bayer

AOD : actualités dans la prise en charge des patients en FA

 Modérateurs : Martine GILARD, Brest
 Olivier HANON, Paris

 Lecture 1 - 12:45-13:00 Antithrombotiques après SCA chez un patient en FA : quelles nouveautés ?
 Jean-Philippe COLLET, Paris

 Lecture 2 - 13:00-13:15 AOD dans la vraie vie : promesses tenues ?
 Yves COTTIN, Dijon

12.45-13.45

AUDITORIUM C

SESSION PARALLÈLE 7**Actualités sur les dyslipidémies**

Coordinateurs : Stéphane MANZO-SILBERMAN, Paris
Eric VAN BELLE, Lille

- Lecture 1 - 12:45-13:05 Recommandations ESC 2016 sur les dyslipidémies : les points forts
Michel FARNIER, Dijon
- Lecture 2 - 13:05-13:25 Polémique sur les statines : ma position
Nicolas DANCHIN, Paris
- Lecture 3 - 13:25-13:45 Impact sur la plaque d'une réduction additionnelle de LDL-c : données récentes
Fabrice IVANES, Tours

14.00-15.30

AUDITORIUM A

SESSION MÉDICALE/PARAMÉDICALE**Gestion du stress au cath-lab**

Coordinateurs : Monique LESPES, Créteil
Antoine PY, Amiens

Modérateurs : Sandrine BENIVADY, Fribourg
Matthieu GODIN, Rouen

- Lecture 1 - 14:00-14:15 La gestion du stress du patient
Asmaa KHALED, Créteil
- Lecture 2 - 14:15-14:30 La gestion du stress du paramédical
Michael WITTISCHE, Mulhouse
- Lecture 3 - 14:30-14:45 La gestion du stress de l'opérateur
Jean-Sébastien MALLET, Amiens
- Live 6 -  14:45-15:20 Live coronaire depuis le Centre Hospitalier de Versailles

14.00-15.30

AUDITORIUM C

SESSION PARALLÈLE 8**Quelle surveillance après une procédure interventionnelle ?**

Coordinateurs : Emmanuel TEIGER, Créteil
Eric VAN BELLE, Lille

Modérateur : Mohamed ABDELLAOUI, Grenoble

- Lecture 1 - 14:00-14:20 Bilan de 10 ans d'angioplastie ambulatoire
Emmanuel TEIGER, Créteil
- Lecture 2 - 14:20-14:40 Quelle surveillance après un TAVI ?
Marina URENA-ALCAZAR, Paris
- Lecture 3 - 14:40-15:00 Quelles angioplasties je surveille en USIC ?
Gilles LEMESLE, Lille
- Lecture 4 - 15:00-15:20 Plaintes pour défaut de surveillance en cardiologie interventionnelle
Cédric GAULTIER, Paris

14.00-15.30

SALLE AMAZONE

SESSION PARALLÈLE 9**Registres interventionnels en cours ou à venir**

Coordinateurs : Thomas CUISSET, Marseille
Grégoire RANGÉ, Le Coudray

Modérateur : Hervé LE BRETON, Rennes

- Lecture 1 - 14:00-14:20 Études randomisées ou registres : qui croire ?
Yves COTTIN, Dijon
- Lecture 2 - 14:20-14:40 Historique des registres français en cardiologie interventionnelle
Hakim BENAMER, Massy
- Lecture 3 - 14:40-15:00 Impact des registres sur notre pratique
Etienne PUYMIRAT, Paris
- Lecture 4 - 15:00-15:20 Registres interventionnels en cours ou à venir
René KONING, Rouen

15.30-16.00

Pause sur l'espace rencontre

16.00-17.30

AUDITORIUM A

SESSION MÉDICALE 6**Cardiologie interventionnelle de l'insuffisance cardiaque**

Coordinateurs : Emmanuel TEIGER, Créteil
Eric VAN BELLE, Lille

Modérateurs : Pascal DE GROOTE, Lille
Jérôme RONCALLI, Toulouse

- Minutes de l'industrie 3 - 16:00-16:05 Medtronic
- Lecture 1 - 16:05-16:20 Thérapie cellulaire cardiaque : où en sommes-nous aujourd'hui ?
Romain GALLET, Créteil
- Lecture 2 - 16:20-16:35 Nouveaux traitements interventionnels de l'insuffisance cardiaque chronique
Patrice GUERIN, Nantes

- Lecture 3 - 16:35-16:50 Revascularisation myocardique de l'insuffisant cardiaque : résultats de l'angioplastie
Olivier BARTHELEMY, Paris
- Live 7 -  16:50-17:25 Live coronaire depuis le Centre Hospitalier de Versailles

16.00-17.30

AUDITORIUM C

SESSION PARALLÈLE 10

En partenariat avec les Interventionnelles

Cardiologie interventionnelle et oncologie : problématiques

Coordinateurs : Jean-Philippe COLLET, Paris
Stéphane MANZO-SILBERMAN, Paris

Modératrice : Estelle VAUTRIN, Grenoble

- Lecture 1 - 16:00-16:20 Cardio-oncologie : une nouvelle spécialité ?
Stéphane EDERHY, Paris
- Lecture 2 - 16:20-16:40 Des atteintes spécifiques ?
Hélène BOUVAIST, Grenoble
- Lecture 3 - 16:40-17:00 Le chirurgien cardiaque et le thorax irradié
Olivier BICAL, Le Chesnay
- Lecture 4 - 17:00-17:20 Cancer, stenting et traitement antiagrégant plaquettaire
Anne BELLEMAIN-APPAIX, Antibes

16.00-17.30

SALLE AMAZONE

SESSION PARALLÈLE 11

En partenariat avec le Groupe Tunisien de Cardiologie Interventionnelle (GTCI)

Gestion du patient supposé pluritrunculaire

Coordinateurs : Hakim BENAMER, Massy
Zied BEN EL HADJ, Tunis

Modérateur : Khaldoun BEN HAMDA, Monastir

- Lecture 1 - 16:00-16:20 Pourquoi le patient est-il supposé pluritrunculaire ?
Mohamed GHANNEM, Gonesse
- Lecture 2 - 16:20-16:40 Le pluritrunculaire diabétique est-il particulier ?
Romain CADOR, Paris
- Lecture 3 - 16:40-17:00 Patient pluritrunculaire avec dysfonction ventriculaire gauche sévère : quelle approche ?
Faouzi ADDAD, Ariana
- Lecture 4 - 17:00-17:20 Patient pluritrunculaire avec CTO : que faire ?
Nadhem HAJLAOUI, Tunis

17.30-18.00

Pause sur l'espace rencontre

18.00-19.00

AUDITORIUM A

SESSION PÉDAGOGIQUE 3**Connexions anormales des coronaires : de A à Z**

Coordinateurs : Pierre AUBRY, Paris
Patrick DUPOUY, Antony

Animateur : Xavier HALNA DU FRETAY, Orléans

18.00-19.00

AUDITORIUM C

SESSION PÉDAGOGIQUE 4**Abord fémoral : de la ponction à l'hémostase**

Coordinateurs : Camille BRASSELET, Reims
Christophe PIOT, Montpellier

Animateur : Michael ANGIOI, Essey-Lès-Nancy

18.00-19.00

SALLE AMAZONE

SESSION CAS CLINIQUES 2

Coordinateur : Jean-Guillaume DILLINGER, Paris
Modérateur : Mathieu KERNEIS, Paris

- CC-5 - 18:00-18:15 Un tronc commun étranglé
Julien PASCAL, Villeneuve-Saint-Georges
- CC-6 - 18:15-18:30 Technique originale pour une angioplastie de trifurcation
Omar AITMOKHTAR, Alger
- CC-7 - 18:30-18:45 Myxome de l'oreille gauche compliqué d'un SCA
Ghada HAMILA, Sousse
- CC-8 - 18:45-19:00 Bienfaits d'une angioplastie d'occlusion coronaire chronique
Vincent VREL, Amiens

19.00-20.00

Bulles du GRCI sur l'espace rencontre

Vendredi 9 décembre

8.00 Accueil

9.00-10.30

AUDITORIUM A

SESSION MÉDICALE 7

Progrès en imagerie cardiovasculaire

Coordinateurs : Patrick DUPOUY, Antony
Victor STRATIEV, Saint-Denis
Modérateurs : Grégoire DAMBRIN, Le Chesnay
Jean-François DEUX, Créteil

- Lecture 1 - 09:00-09:15 L'OC a-t-elle définitivement remplacé l'IVUS ?
Nicolas AMABILE, Paris
- Lecture 2 - 09:15-09:30 Nouvelles techniques pour évaluer la FFR
Julien ADJEDJ, Paris
- Lecture 3 - 09:30-09:45 Fusion d'images scanner/angiographie : où en sommes-nous ?
Jean-Louis SABLAYROLLES, Saint-Denis
- Live 8 - 09:45-10:20 Live structural depuis la Clinique du Tonkin, Villeurbanne

9.00-10.30

AUDITORIUM C

SESSION PARAMÉDICALE 4

Assistances cardiaques

Coordinateurs : Jean-Philippe COLLET, Paris
Monique LESPES, Créteil
Modérateur : Gérard PARTOUCHE, Paris

- Lecture 1 - 09:00-09:20 La CPBIA a-t-elle encore sa place ?
Jean Luc KHOZIAN, Marseille
Sabrina SAAFI, Marseille
- Lecture 2 - 09:20-09:40 L'ECMO
Sabrina BENMESBAH, Paris
Louis MODESTIN, Paris
- Lecture 3 - 09:40-10:00 Impella, une assistance miniaturisée percutanée
Céline LAUZUN, Pessac
Laurence LECLERE, Pessac
- Lecture 4 - 10:00-10:20 L'assistance circulatoire en 2016 : activité et résultats
Guillaume LEBRETON, Paris

9.00-10.30

SALLE AMAZONE

SESSION PARALLÈLE 12

En partenariat avec le Groupe des Angioplasticiens de la Région Ouest (GARO)

Lésions tardives après stenting : resténose ? néoathérome ?

Coordinateurs : Gaëtan KARRILLON, Eaubonne
Guillaume LEURENT, Rennes
Modérateur : Edouard CHENEAU, Marseille

- Lecture 1 - 09:00-09:20 Mécanismes de la néoathérogenèse
Alain TEDGUI, Paris
- Lecture 2 - 09:20-09:40 Tous les stents sont-ils égaux ?
Bernard CHEVALIER, Massy
- Lecture 3 - 09:40-10:00 Outils diagnostiques
Gilles RIOUFOL, Bron
- Lecture 4 - 10:00-10:20 Quels traitements ?
Jacques BERLAND, Rouen

10.30-11.00

Pause sur l'espace rencontre

11.00-12.30

AUDITORIUM A

SESSION MÉDICALE 8

Recommandations scientifiques : intérêts et limites

Coordinateurs : Michael ANGIOI, Essey-Lès-Nancy
Jean-Philippe COLLET, Paris
Modérateurs : Nicolas DELARCHE, Pau
Rami EL MAHMOUD, Boulogne-Billancourt

- Minutes de l'industrie 4 - 11:00-11:05 Boston Scientific
- Lecture 1 - 11:05-11:20 Comment sont-elles réalisées ?
Thomas CUISSET, Marseille
- Lecture 2 - 11:20-11:35 Comment faut-il les lire ?
Christian SPAULDING, Paris
- Lecture 3 - 11:35-11:50 Peut-on ne pas les appliquer ?
Didier CARRIÉ, Toulouse
- Live 9 - 11:50-12:25 Live coronaire depuis la Clinique du Tonkin, Villeurbanne

11.00-12.30

AUDITORIUM C

SESSION PARAMÉDICALE 5

Occlusions coronaires chroniques

Coordinateurs : Hervé FALTOT, Colmar
Gaëtan KARRILLON, Eaubonne
Modérateur : Nicolas LHOEST, Strasbourg

- Lecture 1 - 11:00-11:20 Angioplastie des occlusions coronaires chroniques : intérêts et risques
Carole DAIRE-CHABOY, Nantes
- Lecture 2 - 11:20-11:40 Techniques de recanalisation
Cédric MICHEL, Saint-Denis
- Lecture 3 - 11:40-12:00 Le matériel indispensable
Aurélien BUTTIN CHARVIER, Grenoble
Brice RAUL, Grenoble
- Lecture 4 - 12:00-12:20 Le rôle du paramédical
Mathieu PAGES, Toulouse
- L'essentiel à retenir - 12:20-12:25 Hervé FALTOT, Colmar

11.00-12.30

SALLE AMAZONE

SESSION PARALLÈLE 13

En partenariat avec le Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC)

Stents biorésorbables : pourquoi ? pour qui ? lequel ?

Coordinateurs : Olivier DARREMONT, Bordeaux
Claude HANET, Namur
Modérateur : Erwin SCHROEDER, Namur

- Lecture 1 - 11:00-11:20 BVS : mon premier choix en 2016
Vincent DANGOISSE, Namur
- Lecture 2 - 11:20-11:40 BVS : il est prudent d'attendre
Victor LEGRAND, Liège
- Lecture 3 - 11:40-12:00 BVS/DES : le match sur banc d'essai
François DERIMAY, Lyon
- Lecture 4 - 12:00-12:20 OCT et BVS : le mariage pour tous ?
Nicolas COMBARET, Clermont-Ferrand

12.45-13.45

Déjeuner sur l'espace rencontre

12.45-13.45

AUDITORIUM C

SESSION PARRAINÉE

Par Medtronic

CARDIOSTAR : finale du concours de cas cliniques coronaires et valvulaires

Coordinateurs : Hakim BENAMER, Massy
Victor STRATIEV, Saint-Denis

12.45-13.30

SALLE AMAZONE

SESSION PARALLÈLE 14

En partenariat avec le Collège National des Cardiologues Français (CNCF)

Personnalisation du traitement antithrombotique

Coordinateurs : Camille BRASSELET, Reims
Jacques GAUTHIER, Cannes
Modérateur : Franck PAGANELLI, Marseille

- Lecture 1 - 12:45-13:00 Quand proposer une double anti-agrégation > 12 mois ?
Laurent DROGOUL, Saint-Laurent-Du-Var
- Lecture 2 - 13:00-13:15 Anti-agrégants plaquettaires à minima selon les stents
Franck PAGANELLI, Marseille
- Lecture 3 - 13:15-13:30 Place des anticoagulants oraux directs chez les patients stentés
Gilles MONTALESCOT, Paris

14.00-15.30

AUDITORIUM A

SESSION MÉDICALE 9

En partenariat avec le Groupe Tunisien de Cardiologie Interventionnelle (GTCI)

FFR : forces et faiblesses

Coordinateurs : Zied BEN EL HADJ, Tunis
Kamel BOUGHALEM, Paris
Modérateurs : Franck BARBOU, Paris
Mohamed Sami MOURALI, Tunis

- Lecture 1 - 14:00-14:15 La FFR est-elle un bon outil dans les SCA ?
Jean-Yves PAGNY, Paris
- Lecture 2 - 14:15-14:30 Ne fait-on pas trop dire à la FFR ?
Pierre BARNAY, Avignon
- Lecture 3 - 14:30-14:45 Quand faut-il absolument faire une FFR ?
Riadh RIHANI, Lomme
- Live 10 - 14:45-15:20 Live coronaire depuis la Clinique du Tonkin, Villeurbanne

15.30 Clôture

Intervenants

Le comité d'organisation remercie pour leur contribution lors du **GRCI France 2016** comme animateurs, coordinateurs, lecteurs, modérateurs, opérateurs ou orateurs :

Mohamed ABDELLAOUI
Faouzi ADDAD
Julien ADJEDJ
Omar AITMOKHTAR
Franck ALBERT
Nicolas AMABILE
Adel AMINIAN
Michael ANGIOI
Bassem AOUICHE
Mohamed Oualid AOUISSI
Sébastien ARMERO
Koutsoukis ATHANASIOS
Pierre AUBRY
Alexandre AVRAN
Alexandre AZMOUN
Jean-Baptiste AZOWA
Christophe BARBEY
Franck BARBOU
Pierre BARNAY
Nicolas BARON
Olivier BARTHELEMY
Clémence BASSEZ
Loïc BELLE
Anne BELLEMAIN-APPAIX
Habib BEN AHMED
Zied BEN EL HADJ
Khalid BEN HAMDA
Hakim BENAMER
Sandrine BENIVADY
Sabrina BENMESBAH
Jacques BERLAND
Farzin BEYGUI
Olivier BICAL
Elodie BLICQ
Nicolas BOUDOU
Kamel BOUGHALEM
Sandrine BOUHET
Farouk BOUKERCHE
Blandine BOURDOISEAU LAMBERT
Ryad BOURKAIB
Hélène BOUVAIST
Mohammed El Amine BOUZID
Camille BRASSELET
Erwan BRESSOLLETTE
Karine BROCHARD
Jérôme BRUNET
Aurélien BUTTIN CHARVIER
Alecsandra BUTURE
Romain CADOR
Sylvain CARILLO
Thierry CARRERES
Didier CARRIÉ
Christophe CAUSSIN
Guillaume CAYLA
Didier CHAMPAGNAC
Stephan CHASSAING
Edouard CHENEAU
Mohamed CHETTIBI
Bernard CHEVALIER
Paul-Matthieu CHIARONI
Charles CHRISTOPHE
Rémy COHEN
Jean-Philippe COLLET
Nicolas COMBARET
Philippe COMMEAU
Yves COTTIN
Thomas CUISSET
Carole DAIRE-CHABOY
Grégoire DAMBRIN
Eglantine DANCEL
Nicolas DANCHIN
Vincent DANGOISSE
Shahabeddin DARBANI
Olivier DARREMONTE
Pascal DE GROOTE

Axel DE LABRIOLLE
Fabien DE POLI
Alain DELABAYS
Nicolas DELARCHE
Laurent DELORME
Roland DEMARIA
François DERIMAY
Jean-François DEUX
François DIEVART
Jean-Guillaume DILLENGER
Didier DOUCET
Laurent DROGOUL
Gregory DUCROCQ
Nicolas DUMONTEIL
Patrick DUPOUY
Philippe DURAND
Sébastien DUVAL
Stéphane EDERHY
Rami EL MAHMOUD
Hélène ELTCHANINOFF
Hervé FALTOT
Bruno FARAH
Michel FARNIER
Laurent FELDMAN
Gérard FINET
Jean-François FUZELLIER
Olivier GACH
Romain GALLET
Thomas GANDAIS
Cédric GAULTIER
Jacques GAUTHIER
Bruno GENET
Jean-Louis GEORGES
Benoit GERARDIN
Mohamed GHANNEM
Saïd GHOSTINE
Géraldine GIBAUT-GENTY
Martine GILARD
François GODART
Matthieu GODIN
Antoine GOMMEAUX
Patrice GUERIN
Guénolé GUERMEUR
Stéphanie GUIBOURGÉ
Nadhem HAJLAOUI
Xavier HALNA DU FRETAY
Ghada HAMILA
Rania HAMMAMI
Claude HANET
Olivier HANON
Benjamin HONTON
Thomas HOVASSE
Karl ISAAZ
Fabrice IVANES
Thierry JOSEPH
Gaëtan KARRILLON
Matthieu KERNEIS
Asmaa KHALED
Jean Luc KHOZIAN
René KONING
Steven LAGADEC
Christophe LAURE
Céline LAUZUN
Anne LE BOUDEC
Hervé LE BRETON
Guillaume LEBRETON
Laurence LECLERE
Victor LEGRAND
Gilles LEMESLE
Pascal LEPRINCE
Fabrice LEROY
Monique LESPES
Johann LETEINTURIER
Guillaume LEURENT
Sébastien LEVESQUE

Jean-Louis LEYMARIE
Nicolas LHOEST
Yves LIENHART
Jean-René LUSSON
Charles-Edouard LUYT
Hend MADIOT
Luc MAILLARD
Evelyne MALAQUIN-PAVAN
Jean-Sébastien MALLET
Stéphane MANZO-SILBERMAN
Stéphanie MARLIÈRE
Nicolas MENEVEAU
Pierre MEYER
Cédric MICHEL
Sami MILOUCHI
Louis MODESTIN
Jacques MONSÉGU
Gilles MONTALESCOT
Pascal MOTREFF
Gauthier MOUILLET
Mohamed Sami MOURALI
Nathalie MUSSEAU
Estelle MYNY
Alice OHANESSIAN
Patrick OHLMANN
Eustaquio ONORATO
Franck PAGANELLI
Mathieu PAGES
Jean-Yves PAGNY
Mathieu PANKERT
Gérard PARTOUCHE
Julien PASCAL
Jean-Marc PERNES
Fernando PICO
Christophe PIOT
Etienne PUYMIRAT
Antoine PY
Laurent QUILLIET
Aziz RAHLI
Grégoire RANGÉ
Brice RAUL
Jean-Paul REMADI
Philippe RICHARD
Riadh RIHANI
Gilles RIOUFOL
Mauro ROMANO
Jérôme RONCALLI
Sabrina SAAFI
Jean-Louis SABLAYROLLES
Christophe SAINT ETIENNE
Erwin SCHROEDER
Georgios SIDERIS
Mireille SIMON
Géraud SOUTEYRAND
Christian SPAULDING
Patrick STAAT
Victor STRATIEV
Didier TCHÉTCHÉ
Alain TEDGUI
Emmanuel TEIGER
Jean-Benoît THAMBO
Ashok TIROUVANZIAM
Charlotte TROUILLET
Marina URENA-ALCAZAR
Eric VAN BELLE
Jean-Luc VANDENBOSSCHE
Olivier VARENNE
Estelle VAUTRIN
Fanny VILLANOVA
Flavien VINCENT
Vincent VREL
Jérôme WINTZER-WEHEKIND
Michael WITTISCHE
Gilles ZEMOUR
Oualid ZOUAGHI

Groupes partenaires

AGIC



Présentation :

L'AGIC (Algerian Group of Interventional Cardiology) est un groupe de travail de la Société Algérienne de Cardiologie.

Bureau 2016 :

Mohamed Chettibi
Samir Ahnia
Omar Ait Mokhtar
Bassem Aouiche
Hiba Hadj Remadane

Missions :

Faire connaître la cardiologie interventionnelle algérienne et améliorer la pratique de cette spécialité en Algérie.

Contact :

www.sacardio.org

BWGIC



Présentation :

Le BWGIC (Belgian Working Group Interventional Cardiology) est un groupe de travail de la Belgian Society of Cardiology (BSC).

Bureau 2016 :

Président : Walter Desmet
Vice-président : Claude Hanet

Missions :

Promouvoir la cardiologie interventionnelle belge.

Site :

www.bwgic.org

ASAHP



Présentation :

L'ASAHP est l'Association des Cardiologues Interventionnels de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Bureau 2016 :

Président : Georgios Sideris
Vice-président : Grégory Ducrocq
Trésorier : Rami El Mahmoud
Vice-trésorier : Gérard Helft

Missions :

Réaliser et promouvoir des études dans le domaine des pathologies cardiaques et de la cardiologie interventionnelle.

Mettre en œuvre des actions éducatives et/ou d'informations destinées au corps médical ou aux patients.

Réaliser et favoriser la communication auprès des patients et de leur entourage pour améliorer la prévention et assurer une meilleure prise en charge de leur pathologie.

Favoriser les échanges avec d'autres organismes ayant des activités connexes ou complémentaires.

Contact :

Georgios Sideris : georgios.sideris@aphp.fr

CNCF



Présentation :

Le Collège National des Cardiologues Français est né en 1988 regroupe 2 690 membres répartis dans 33 associations régionales.

Il a été conçu pour rassembler les compétences de la cardiologie libérale et pour développer : l'épidémiologie, la recherche clinique, les registres, la formation continue, la communication.

Le Collège est à l'origine de nombreuses études cliniques.

Il organise deux Congrès annuels : les Ateliers pratiques du Collège en mars-avril et son congrès national annuel en octobre.

Il est présent également lors des Congrès internationaux américains (ACC et AHA) et européen (ESC).

Bureau 2016 :

Président : Docteur Jacques Gauthier
Secrétaires généraux : Docteur Patrick Arnold
Docteur Arnaud Maudière
Secrétaires généraux adjoints :
Docteur Frédéric Mouquet
Docteur Pierre Sabouret
Trésorier : Docteur Mikhael Raphael

Contact :

Docteur Jacques Gauthier :
jchm@cardiogauthier.com

Secrétariat :
Mme Christine Le Pors :
info@cncf.eu

CNCH



Présentation :

Le Collège National des Cardiologues des Hôpitaux (CNCH), fondé en 1985, regroupe des cardiologues exerçant de façon partielle ou totale dans des hôpitaux non universitaires, les ESPIC et les hôpitaux militaires.

Environ 1 800 cardiologues et 500 services hospitaliers correspondent à cette définition. Le CNCH a intégré en 2016 la Société Française de Cardiologie (SFC) dans une nouvelle section d'exercice professionnel appelée collège. CARDIO H est la revue d'expression du CNCH.

Bureau 2016 :

Président : Patrick Jourdain (Pontoise)
Président-précédent : Simon Cattan (Montfermeil)
Responsables du groupe de réflexion cardiologie interventionnelle : Franck Albert (Le Coudray), Régis Delaunay (Saint-Brieuc), Jacques Monségu (Grenoble), Michel Pansiéri (Avignon), Sabrina Uhry (Haguenau).

Missions :

Le but du CNCH est de faire connaître, d'améliorer et de défendre l'exercice de la cardiologie dans ses structures hospitalières qui constituent un élément fondamental du système de prise en charge des pathologies cardiovasculaires en France, allant des urgences à la rééducation fonctionnelle et à la prévention. Les services de cardiologie du CNCH font partie du dispositif de formation des futurs cardiologues et des différentes spécialités internes à la cardiologie. Ils concourent aussi à la recherche clinique en participant à de nombreuses études.

Contact :

www.cnch.fr

CRAC



Présentation :

Le CRAC est le Club Régional des Angioplasticiens de la région Centre. Il a été créé en 2010 et il regroupe les 6 centres de cardiologie interventionnelle de la région Centre :

CH de Bourges
CH de Chartres
CHR d'Orléans
Clinique Orelance (Orléans)
CHU de Tours
Clinique Saint-Gatien (Tours)

Bureau 2016 :

Président : Grégoire Rangé
Vice-président : Philippe Dequenne
Trésorier : Stéphane Chassaing
Vice trésorier : Pierre Marcollet

Missions :

Partager les expériences entre les différentes structures avec deux réunions annuelles d'échanges autour de cas cliniques. Développer un programme régional commun de recherche clinique dans le domaine de la cardiologie interventionnelle. Un registre observationnel, débuté en 2014, permet un recueil exhaustif d'environ 150 variables de toutes les coronarographies et angioplasties de la région. Il comprend des données cliniques et procédurales, des événements cardiovasculaires hospitaliers et à un an, et des traitements pour toutes les angioplasties coronaires. Il comprend également des données pré-hospitalières de tous les infarctus < H 24. Cette base de données (eCRAC) permet une analyse et une présentation annuelle des résultats aux différents acteurs concernés de la région. Il permet également une évaluation de nos pratiques professionnelles et, on l'espère, une amélioration de la prise en charge de nos patients coronariens. Ce registre n'aurait pu voir le jour sans le soutien de l'ARS de la région Centre ainsi que celui fidèle de tous les industriels impliqués dans la cardiologie interventionnelle.

Projets :

Assurer la pérennité du registre en obtenant un financement d'état
Etendre ce registre aux autres régions de France
Notre registre va servir de base pour le prochain registre national (France PCI)
Création d'une application permettant un accès en temps réel à nos activités et nos résultats

Contact :

Grégoire Rangé : range.gregoire@mac.com
Stéphane Chassaing : chassaing.stephan@wanadoo.fr

Groupes partenaires

GACI



Présentation :

Le groupe de travail s'organise autour d'un bureau constitué de 8 membres (Président, Président sortant, 3 cardiologues du secteur public, 3 cardiologues du secteur libéral, tous membres de la Société Française de Cardiologie). Le Bureau est renouvelé tous les 2 ans. Le président est élu par les membres du Bureau avec une alternance public-libéral). Les membres du Bureau sont élus par les membres inscrits du Groupe après appel à candidature.

Bureau 2016 :

Président : Pascal Motreff

Président sortant : René Koning

Membres :

Hakim Benamer

Guillaume Cayla

Philippe Commeau

Patrick Dupouy

Pascal Guérin

Jacques Monségu

Cardiologues en formation :

Benoît Lattuca

François Derimay

Secrétariat : Karine Lesfar

Missions :

Le Groupe Athérome coronaire et Cardiologie Interventionnelle (GACI) rassemble actuellement plus de 1.100 cardiologues, publics et privés, pratiquant les explorations hémodynamiques et angiographiques, notamment coronaire, l'angioplastie coronaire et périphérique percutanées. Très tôt créé avec l'apparition des méthodes d'exploration intracardiaque : hémodynamique, angiographie et coronarographie, le groupe s'est véritablement développé avec l'avènement et l'essor de la cardiologie interventionnelle.

Par ses travaux novateurs, ses essais prospectifs et ses larges registres, le GACI a grandement contribué aux progrès de l'angioplastie coronaire, périphérique et valvulaire : premières réalisations mondiales de Rotablator, de valvuloplastie aortique et d'implantation d'endoprothèse, définition et validation du traitement médicamenteux qui prévient les thromboses d'endoprothèse, validation des endoprothèses dans certaines indications ou techniques d'implantation. Innovation, évaluation et validation appartiennent aux objectifs scientifiques du GACI qui, à ce titre, est l'un des partenaires des tutelles dans les missions d'expertise et d'évaluation de la discipline interventionnelle.

L'expérience du groupe dans le traitement des sténoses et sa position centrale dans la prise en charge des coronaropathies le conduisent naturellement, au delà des seuls aspects thérapeutiques interventionnels, à aborder la pathologie athéromateuse dans ses aspects anatomiques, biologiques et fonctionnels. De même le développement de la pratique de l'angioplastie périphérique par les cardiologues interventionnels ainsi que le développement de nouvelles technologies (stents à libération de médicament, substitut valvulaire percutané, alcoolisation septale,...) participent à étendre le champ d'application de ce groupe de travail. Dans le cadre du développement d'une démarche de qualité, le GACI travaille au sein de la SFC au développement du registre national des actes coronaires diagnostiques et interventionnels afin de permettre une description précise de la pratique nationale.

Le groupe a également pour but d'assurer la formation continue de ses membres et la promotion des jeunes cardiologues interventionnels. Dans cet esprit, il coopère avec le DIU de cardiologie interventionnelle depuis sa création. Le GACI réunit ses membres à l'occasion des Journées des Groupes de Travail de la SFC et apporte sa contribution active à de nombreuses manifestations internationales notamment européennes et tout particulièrement aux Journées européennes de la SFC. Il est également officiellement représenté dans les grandes manifestations internationales de Cardiologie interventionnelle.

GARO



Présentation :

Le Groupe des Angioplasticiens de la Région Ouest (GARO) existe depuis 23 ans et a été fondé en 1992 par Marc Bedossa, Hervé Le Breton, Philippe Brunel, Philippe Commeau et Martine Gilard.

Mettre à la suite du 1er paragraphe :

Il regroupe l'ensemble des cardiologues interventionnels des centres publics et privés de la région grand ouest (Angers, Brest, Caen, Chartres, Lorient, Nantes, Quimper, Rennes, Rouen, Saint-Brieuc, Saint-Malo, Tours, Vannes). Tous les cardiologues interventionnels exerçant dans ces centres sont invités à faire partie du groupe. Le GARO se réunit une fois par an pour échanger des expériences de l'année écoulée et pour mettre en place des projets collaboratifs (registres, études).

Bureau 2016 :

Président : Marc Bedossa
Vice-président : Philippe Commeau
Trésorier : Hervé Le Breton
Secrétaire : Philippe Brunel
Secrétaire adjoint : Martine Gilard

Contact :

Marc Bedossa : marc.bedossa@chu-rennes.fr
<http://garo2016.weebly.com/>

- un perfectionnement professionnel avec son rôle de premier plan dans les politiques en matière de santé
- un développement de la recherche scientifique dans le domaine cardiovasculaire
- une formation continue de qualité
- des règles du bon exercice de la pratique cardiologique notamment par l'édition de recommandations

Le GTCI a pour but de promouvoir la cardiologie interventionnelle tunisienne à travers :

- l'organisation de séances d'échanges d'expérience autour de cas cliniques
- l'organisation d'ateliers spécialisés
- la participation aux congrès nationaux et internationaux
- les discussions avec les autorités de tutelle

Site :

www.stcccv.org

GTCI



Présentation :

Le GTCI (Groupe de Tunisien de Cardiologie Interventionnelle) est un groupe de travail de la Société Tunisienne de Cardiologie et de Chirurgie Cardio-Vasculaire (STCCCV).

Bureau 2016 :

Président : Khaldoun Ben Hamda
Secrétaire général : Zied Ibn Elhadj
Helmi Kammoun
Nadhem Hajlaoui
Mehdi Kerkeni
Selim Boudiche

Missions :

Promouvoir la cardiologie interventionnelle tunisienne.

La STCCCV s'est donnée pour missions d'améliorer la santé et les soins cardiovasculaires par différents moyens :

- un transfert de connaissances par la diffusion de la recherche et la promotion des meilleures pratiques

INTERVENTION'ELLES



Présentation :

Ce groupe, initialement féminin, est bien entendu ouvert à nos homologues masculins intéressés par la thématique.

Bureau 2016 :

Stéphane Manzo-Silberman
Stéphanie Marlière
Estelle Vautrin
Martine Gilard

Missions :

Ce groupe a pour ambition de développer des projets visant à améliorer la compréhension et la prise en charge de la femme en cardiologie interventionnelle, à inciter les recherches cliniques dans ce domaine, à analyser les spécificités de notre exercice mais également à encourager et à soutenir nos jeunes collègues dans le choix de cette spécialité.

Contacts :

Stéphane Manzo-Silberman : stephane.manzosilberman@aphp.fr
Estelle Vautrin : evautrin@chu-grenoble.fr

Centre Lives



Centre Hospitalier de Versailles

Qui sommes-nous ?

« Médecine - Chirurgie - Obstétrique - Pédiatrie Gériatrie - Psychiatrie Santé publique - Urgences - SAMU ». Un Centre Hospitalier Général à taille humaine parmi les plus importants d'Ile-de-France : 48 600 séjours en MCO, 339 660 consultations externes, 780 lits et places, 2 780 personnels Équivalents Temps Plein (données de 2015). Le CHV est composé de 15 structures de santé. Ses 3 sites principaux sont l'Hôpital André Mignot (Le Chesnay), l'Hôpital Richaud et la Maison Despagne (Versailles).

Une dynamique de coopération territoriale.

Le CHV fait partie de 16 réseaux de santé actifs dans le sud du département des Yvelines. Il est membre fondateur du Réseau de Promotion de la Santé Mentale du 78-sud. Le CHV travaille avec plus de 130 partenaires sur son territoire de santé. Le CHV a notamment créé en 2011 avec le Centre Hospitalier de Rambouillet le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) du 78-sud. Depuis 2016, le CHV est l'établissement support du GHT 78-sud.

Une forte orientation enseignement - recherche.

Le CHV est un Centre Hospitalier Général qui travaille en étroite collaboration avec l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des Sciences de la Santé de l'Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines. Le CHV accueille 102 étudiant(e)s en médecine, 45 étudiant(e)s sages-femmes et 468 étudiant(e)s en soins infirmiers.

Il développe une importante activité universitaire : publications scientifiques, recherche clinique. Le CHV est le seul Centre Hospitalier Général de France à être labellisé par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI).

Un service de cardiologie générale.

Le service de cardiologie du CHV comprend 54 lits dont 10 lits d'USIC, 8 lits d'hospitalisation de semaine, auxquels s'ajoutent 4 fauteuils d'ambulatorio situés au bloc de cardiologie interventionnelle. Le plateau technique a été entièrement rénové en 2016 avec un secteur de consultations et d'explorations non invasives (épreuve d'effort, échographie transthoracique, échographie transoesophagienne, échographie de stress, holter ECG, MAPA, doppler vasculaire), un secteur de cardiologie interventionnelle avec deux salles Philips (2009 et 2016), dont l'une équipée pour la rythmologie. L'institution dispose d'un service d'isotopes et de l'imagerie en coupe (IRM, scanner). Quinze équivalents temps-plein assurent le fonctionnement global du service, avec une coopération avec le CH de Rambouillet dans le cadre du GHT, et avec les médecins libéraux pour l'accès au plateau technique. Le service est validant pour la cardiologie, la médecine vasculaire, et la médecine générale, avec des internes des Hôpitaux de Paris et des étudiants hospitaliers de l'Université Paris-Ouest.



Centre Hospitalier Annecy Genevois

Qui sommes-nous ?

Le service de cardiologie du centre hospitalier d'Annecy intègre le service de chirurgie cardiaque et de médecine vasculaire. Il comporte 10 lits d'USIC, 12 lits de chirurgie cardiaque, 34 lits de cardiologie conventionnelle, 10 lits de semaine de cardiologie interventionnelle, un secteur de consultations et d'explorations non invasives, un secteur interventionnel avec 2 salles et un bloc opératoire avec 2 salles. Les perspectives proches de développement vont intégrer 6 places d'hôpital de jour, 10 lits de semaine de rythmologie, une USIC de 12 lits, une salle interventionnelle supplémentaire et un bloc opératoire de plus, soit un secteur regroupé de 6 salles : 3 chirurgicales et 3 interventionnelles (cardiologie et rythmologie).

L'équipe comporte 10 PH de cardiologie, 3 PH de médecine vasculaire, 2 chirurgiens cardiaques, 5 anesthésistes et 5 assistants spécialistes.

Le secteur de cardiologie interventionnelle est un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) entre l'hôpital d'Annecy et 2 cliniques privées de Haute-Savoie. Quatre cardiologues angioplasticiens se partagent la réalisation de 3500 coronarographies et 1200 angioplasties coronaires, deux avec un statut public (Loïc Belle et Lionel Mangin) et 2 avec un statut libéral (Henry Bonnet et Stéphane Fol).

L'activité interventionnelle se tourne résolument vers 3 axes forts de développement :

1. Une activité valvulaire et structurelle avec TAVI et Mitraclip® en partenariat avec les chirurgiens, et fermeture de l'auricule gauche en partenariat avec les rythmologues.
2. Un réseau avec le RENAUI/RESURCOR et un secteur interventionnel au service du département élargi, soit une zone d'influence d'1 000 000 d'habitants.
3. Une recherche clinique avec une unité dédiée à la recherche cardiovasculaire, l'Alpin ARC, pour réaliser les protocoles académiques et industriels nationaux et internationaux et promouvoir des études multicentriques.



Clinique du Tonkin, Villeurbanne

La Clinique du Tonkin (groupe CAPIO) est le véritable « hôpital de Villeurbanne » depuis sa création en 1974. Elle dispose à ce jour de toutes les spécialités de court séjour, en dehors de la pédiatrie : urgences, médecine, cardiologie interventionnelle, rythmologie, chirurgie, chirurgie du cancer, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, dialyse, réanimation polyvalente, USIC, soins continus, chimiothérapie, centre de prélèvements de tissus et organes. Elle accueille depuis plus de 20 ans des internes de médecine. La Clinique du Tonkin s'est engagée dans un projet unique en France qui regroupera sur un même site 6 établissements. Ce projet est appelé Médipôle Lyon-Villeurbanne d'une capacité de 750 lits et ouvrira ses portes fin 2018.

Un plateau technique performant avec :

- 2 salles de coronarographie
- 1 salle de rythmologie
- 1 salle hybride où sont réalisés les TAVI
- 3 salles de bloc chirurgie cardiaque et vasculaire
- 12 lits de soins intensifs post-opératoires
- 1 réanimation polyvalente de 19 lits
- 8 lits d'USIC

En matière d'hospitalisation, la Clinique du Tonkin dispose de :

- 18 lits de chirurgie cardiaque
- 24 lits de cardiologie et rythmologie interventionnelles
- 16 lits de médecine cardiologique
- 6 places d'ambulatorio

Le service de cardiologie interventionnelle réalise annuellement :

- 3300 coronarographies et 1100 angioplasties coronaires
- Plus de 200 TAVI
- Exclusion de l'auricule gauche, Mitraclip®, fermeture de CIA/FOP

L'équipe est composée de :

- 5 cardiologues interventionnels : Dr Didier Champagnac, Dr Yves Lienhart, Dr Ingrid Sanchez, Dr Patrick Staat, Dr Oualid Zouaghi
- 1 cadre infirmier, 9 IDE, 2 ASH
- 4 secrétaires et 1 ARC

BOOK GRCI 2016

Avant-propos



Le BOOK du GRCI est un outil permettant de trouver des informations essentielles à nos pratiques en cardiologie interventionnelle. L'édition 2017 est la huitième du BOOK du GRCI. Une version téléchargeable n'est plus possible en raison de l'abondance des documents sélectionnés par le groupe de travail. D'où l'option de fournir désormais un sommaire avec une référence attachée à chaque document pour faire sa recherche.

Des textes législatifs régulent l'activité de la cardiologie interventionnelle avec les lieux d'exercice autorisés et indiquent les qualifications requises pour les opérateurs.

La Haute Autorité de Santé (HAS) publie régulièrement des avis sur l'évaluation de médicaments ou de dispositifs, mais aussi des guides de bonne pratique ou de bon usage concernant les pathologies cardiovasculaires.

La classification commune des actes médicaux (CCAM), outil indispensable pour la codification de nos actes, n'évolue pas toujours assez vite à notre goût et l'ajout d'un acte peut parfois demander plusieurs années. Aussi, chaque nouvelle version de la CCAM est attendue avec impatience.

Les recommandations émanant des sociétés scientifiques représentent une part de plus en plus importante de chaque nouvelle édition du BOOK. Elles sont réalisées pour nous aider dans nos pratiques. Nul n'est obligé de suivre une recommandation sous réserve de la connaître et de justifier son attitude.

Les rapports d'experts et les conférences de consensus permettent de disposer d'informations sur des techniques innovantes ou des sujets avec encore peu de données validées.

Une bonne connaissance des produits de contraste iodés et de leur utilisation est indispensable dans notre spécialité.

La délivrance d'une information adéquate avant tout acte diagnostique ou thérapeutique comportant des risques est une obligation.

La protection et la sécurité du personnel et des patients exposés aux rayons X et aux produits sanguins doivent rester des préoccupations quotidiennes.

De nombreux scores, classifications et définitions complètent le sommaire de cette nouvelle édition du BOOK GRCI.

Consulter et télécharger le sommaire du BOOK du GRCI 2017 sur le site : www.grci.fr

GROUPE DE TRAVAIL

Pierre Aubry
Jean-Philippe Collet
Benoît Gérardin
Jacques Monségu

Sommaire

Avant-propos

I - Textes législatifs relatifs aux activités interventionnelles en cardiologie

- 2009** Décrets relatifs aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- 2009** Arrêté fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- 2009** Circulaire de la DHOS relative aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- 2012** Arrêté limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie apicale à certains établissements de santé
- 2012** Arrêté fixant les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- 2013** Arrêté relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants
- 2013** Arrêté relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification des organismes de formation
- 2013** Directive 59 du conseil européen fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants

II - Textes de la Haute Autorité de Santé www.has-sante.fr

- 2006** Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie
- 2009** Revue de mortalité et de morbidité
- 2010** Efficacité et efficacité des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines
- 2011** Cardiomyopathie hypertrophique
- 2011** Information des patients pour l'annonce d'un dommage associé au soin
- 2012** Bon usage des agents antiplaquettaires
- 2012** Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique en cas de geste endoscopique chez le coronarien
- 2012** Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique lors d'une endoscopie bronchique chez le coronarien
- 2012** Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique lors des actes invasifs de proctologie chez le coronarien
- 2012** Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique lors d'une intervention endoscopique urologique chez le coronarien
- 2012** Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé
- 2012** Quel traitement antiagrégant plaquettaire donner à un patient coronarien ?
- 2013** Produits de contraste iodés (PCI) administrés par voie vasculaire
- 2013** Réévaluation des produits de contraste iodés
- 2013** Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien
- 2014** Guide parcours de soins de la fibrillation auriculaire
- 2014** Évaluation de l'occlusion de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée
- 2014** Développement professionnel continu : méthodes et modalités de DPC
- 2014** Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé
- 2014** Améliorer le suivi des patients en radiologie interventionnelle et actes radioguidés
- 2015** Évaluation de l'imagerie cardiaque non invasive dans le diagnostic des syndromes coronariens aigus non ST+ à bas risque d'événement cardiovasculaire grave
- 2015** Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire
- 2015** Évaluation d'un clip de réparation mitrale bord à bord et de son acte d'implantation
- 2015** Réévaluation des critères d'éligibilité des centres implantant des bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale
- 2016** Rapport d'évaluation de l'implant vasculaire dit « stent » aortique, rénale, iliaque et fémoral
- 2016** Angioplastie immédiate ou dissociée de l'acte de coronarographie diagnostique dans la maladie coronaire stable
- 2016** Guide parcours de soins de la maladie coronaire stable
- 2016** Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte

III - Classification commune des actes médicaux (CCAM) www.ameli.fr

Appareil circulatoire (Chapitre 4)

Version 44-50 (applicable au 28 octobre 2016)

Liste des actes les plus fréquemment réalisés en cardiologie interventionnelle

APPAREIL CIRCULATOIRE

- EQQF006 Mesure et enregistrement des pressions du cœur droit et de l'artère pulmonaire, sans injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée
- EQQF002 Mesure et enregistrement des pressions du cœur gauche et de l'aorte, sans injection de produit de contraste, par voie artérielle transcutanée

- EQQF004 Mesure et enregistrement des pressions du cœur droit, de l'artère pulmonaire et du cœur gauche, sans injection de produit de contraste, par voie veineuse transcutanée avec perforation du septum interatrial
- EQQF003 Mesure et enregistrement des pressions intravasculaires pulmonaires et systémiques et des différences artérioveineuses des contenus artériels en oxygène, à l'état basal et après administration d'agent pharmacologique vasodilatateur, par voie vasculaire transcutanée
- DDQF202 Mesure de flux de réserve coronarien (FFR) au cours d'une artériographie
- DDQH009 Artériographie coronaire sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
- DDQH012 Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
- DDQH010 Artériographie coronaire avec ventriculographie gauche et artériographie thoracique (mammaire) interne unilatérale ou bilatérale, par voie artérielle transcutanée
- DDQH006 Angiographie de pontage coronaire, par voie artérielle transcutanée
- DDQH014 Artériographie coronaire avec angiographie d'un pontage coronaire sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
- DDQH011 Artériographie coronaire avec angiographie d'un pontage coronaire et ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
- DDQH013 Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires sans ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
- DDQH015 Artériographie coronaire avec angiographie de plusieurs pontages coronaires et ventriculographie gauche, par voie artérielle transcutanée
- DGQH006 Artériographie globale de l'aorte thoracique, par voie artérielle transcutanée
- DGQH007 Artériographie globale de la crosse de l'aorte et de ses branches cervicocéphaliques (Gerbe aortique), par voie artérielle transcutanée
- DGQH005 Artériographie globale de l'aorte thoracique et abdominale, par voie artérielle transcutanée
- DGQH002 Artériographie globale de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée
- DGQH001 Artériographie globale de l'aorte abdominale et des membres inférieurs, par voie artérielle transcutanée
- DFQH001 Artériographie sélective du tronc et/ou des branches de l'artère pulmonaire, par voie veineuse transcutanée
- DDQJ 001 Echographie et/ou échographie-Doppler intra artérielle coronaire au cours d'un acte vasculaire transcutané
- EBQH011 Artériographie sélective d'un ou 2 axes cervicocéphaliques, par voie artérielle transcutanée
- ECQH006 Artériographie du membre supérieur par injection intraartérielle transcutanée, sans manœuvre positionnelle
- EDQH003 Artériographie sélective ou hypersélective d'une branche extradiigestive de l'aorte abdominale ou d'une branche de l'artère iliaque interne, par voie artérielle transcutanée (artère rénale)
- EDQH005 Artériographie sélective et/ou hypersélective de plusieurs branches extradiigestives de l'aorte abdominale ou de plusieurs branches de l'artère iliaque interne, par voie artérielle transcutanée (artère rénale)
- EEQH006 Artériographie unilatérale du membre inférieur, par injection intraartérielle fémorale transcutanée
- EEQH001 Artériographie bilatérale de membre inférieur, par injection intraartérielle fémorale transcutanée bilatérale
- DAHF001 Biopsie de l'endocarde et du myocarde, par voie vasculaire transcutanée
- DAGF001 Ablation de corps étranger intracardiaque ou intravasculaire, par voie vasculaire transcutanée
- DASF002 Fermeture d'une déchiscence d'une prothèse de cloisonnement intraatrial, par voie vasculaire transcutanée
- DASF074 Fermeture de l'appendice atrial (auricule) gauche par voie veineuse transcutanée et voie transseptale par guidage échographie-doppler par voie transoesophagienne
- DBAF002 Dilatation intraluminale de l'orifice pulmonaire sans perforation de la valve atrésique, par voie veineuse transcutanée
- DBAF004 Dilatation intraluminale de l'orifice atrioventriculaire gauche, par voie veineuse transcutanée avec perforation du septum interatrial
- DBAF001 Dilatation intraluminale de l'orifice aortique, par voie artérielle transcutanée
- DBLF001 Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée
- DBSF001 Fermeture d'une déchiscence par désinsertion de prothèse orificielle cardiaque, par voie vasculaire transcutanée
- DELF011 Pose d'une sonde intraventriculaire droite pour stimulation cardiaque temporaire, par voie veineuse transcutanée
- DDAF001 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDAF006 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDAF004 Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDAF003 Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDAF010 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDAF008 Dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDAF007 Dilatation intraluminale de 2 vaisseaux coronaires avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDAF009 Dilatation intraluminale de 3 vaisseaux coronaires ou plus avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDPF002 Recanalisation d'artère coronaire avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DDFF001 Athérectomie intraluminale d'artère coronaire par méthode rotatoire (rotationnelle), par voie artérielle transcutanée
- DDSF001 Embolisation ou fermeture d'une fistule ou d'un anévrisme coronaire, par voie vasculaire transcutanée

- DDL001 Injection in situ d'agent pharmacologique dans une branche d'artère coronaire pour réduction de l'épaisseur du septum interventriculaire, par voie artérielle transcutanée
- DCJB002 Évacuation d'une collection du péricarde, par voie transcutanée
- DCJB001 Drainage d'une collection du péricarde, par voie transcutanée
- EBAF001 Dilatation intraluminale de l'artère carotide interne extracrânienne avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- ECAF002 Dilatation intraluminale d'une artère du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- ECAF001 Dilatation intraluminale d'une artère du membre supérieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- ECLF003 Pose d'endoprothèse couverte dans une artère du membre supérieur, par voie artérielle transcutanée
- EDAF003 Dilatation intraluminale de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- EDLF005 Pose d'endoprothèse couverte dans l'artère iliaque commune et/ou l'artère iliaque externe, par voie artérielle transcutanée
- EDAF001 Dilatation intraluminale sélective ou hypersélective de l'artère rénale avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- EEAF004 Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DASF004 Fermeture d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée
- DASF005 Fermeture d'un foramen ovale perméable, par voie veineuse transcutanée
- DASF003 Fermeture de communication interventriculaire, par voie veineuse transcutanée
- DGA003 Dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée
- DASF001 Fermeture du conduit artériel, par voie vasculaire transcutanée
- DGLF006 Pose d'un ballon de contrepulsion diastolique intraaortique, par voie artérielle transcutanée
- YYYY082 Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, d'une artère subclavière, viscérale ou périphérique, en cas de non franchissement de la sténose

IV - Recommandations scientifiques

- 2000** Recommandations de la Société Française de Cardiologie concernant la formation des médecins coronarographistes, angioplasticiens, l'organisation et l'équipement des centres de coronarographie et d'angiographie coronaire (Arch Mal Coeur 2000)
- 2008** ACC/AHA guidelines for the management of adults with congenital heart disease (J Am Coll Cardiol 2008)
- 2010** European resuscitation council guidelines for resuscitation (Resuscitation 2010)
- 2010** Guidelines for diagnosis and treatment of patients with vasospastic angina (Circ J 2010)
- 2010** Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (Eur Heart J 2010)
- 2011** Endoscopy and antiplatelet agents (Endoscopy 2011)
- 2011** Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases (Eur Heart J 2011)
- 2011** ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention (Circulation 2011)
- 2012** ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Eur Heart J 2012)
- 2012** Guidelines on the management of valvular heart disease (Eur Heart J 2012)
- 2013** ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD (Eur Heart J 2013)
- 2013** ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease (Eur Heart J 2013)
- 2014** ESC guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy (Eur Heart J 2014)
- 2014** ESC/ESA guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management (Eur Heart J 2014)
- 2014** ACC/AHA guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes (Circulation 2014)
- 2014** ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases (Eur Heart J 2014)
- 2014** ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism (Eur Heart J 2014)
- 2014** ESC-EACTS guidelines on myocardial revascularization (Eur Heart J 2014)
- 2014** AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease (Circulation 2014)
- 2014** AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation (Circulation 2014)
- 2014** ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS focused update of the guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease (Circulation 2014)
- 2014** ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults (J Am Coll Cardiol 2014)
- 2015** ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension (Eur Heart J 2015)
- 2015** ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation (Eur Heart J 2015)
- 2015** Questions and answers on antithrombotic therapy: a companion document of the 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation (Eur Heart J 2015)
- 2015** ACC/AHA/SCAI Focused update on primary PCI for patients with ST-elevation myocardial infarction (J Am Coll Cardiol 2015)
- 2015** ESC Guidelines for diagnosis and management of pericardial diseases (Eur Heart J 2015)
- 2015** ESC Guidelines for management of infective endocarditis (Eur Heart J 2015)

- 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and prevention of sudden cardiac death (Eur Heart J 2015)
- 2015 Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation (Europace 2015)
- 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS (Eur Heart J 2016)
- 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for practice guidelines (Eur Heart J 2016)
- 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (Eur Heart 2016)
- 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (Eur Heart J 2016)
- 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias (Eur Heart J 2016)
- 2016 ACC/AHA Guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease (JACC 2016)

V - Rapports d'experts et conférences de consensus

- 1995 Réflexions d'un comité d'experts de la Société française de cardiologie concernant l'usage du maléate de méthylergométrine (Méthergin®) dans la détection d'une vasomotricité coronaire anormale (Arch Mal Coeur 1995)
- 2007 Consensus sur les indications de la fermeture endovasculaire du foramen ovale perméable après un accident ischémique cérébral (Arch Mal Coeur 2007)
- 2008 Transcatheter valve implantation for patients with aortic stenosis (Eur Heart J 2008)
- 2009 The use of radiographic contrast media during PCI (Catheter Cardiovasc Interv 2009)
- 2009 Consensus for the management of coronary artery disease in older adults (Arch Cardiovasc Dis 2009)
- 2011 Prise en charge du patient coronarien opéré en chirurgie non cardiaque (Ann Fr Anesth Reanim 2011)
- 2011 Bleeding in ACS and percutaneous coronary interventions (Eur Heart J 2011)
- 2011 Antiplatelet agents for the treatment and prevention of atherothrombosis (Eur Heart J 2011)
- 2011 Surgery and invasive procedures in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants: thrombin or factor-Xa inhibitors (Arch Cardiovasc Dis 2011)
- 2012 Renal denervation for the treatment of arterial hypertension (Arch Cardiovasc Dis 2012)
- 2013 Expert position paper on the role of platelet function testing in patients undergoing percutaneous coronary intervention (Eur Heart J 2013)
- 2013 Expert consensus document from the ESC on catheter-based renal denervation (Eur Heart J 2013)
- 2013 Prise en charge des complications hémorragiques graves et de la chirurgie en urgence chez les patients recevant un anticoagulant oral anti-IIa ou anti-Xa direct (Ann Fr Anesth Reanim 2013)
- 2013 Consensus document on the radial approach in percutaneous cardiovascular interventions: position paper by the EAPCI (EuroIntervention 2013)
- 2013 Expert position paper on the use of proton pump inhibitors in patients with cardiovascular disease and antithrombotic therapy (Eur Heart J 2013)
- 2013 Éducation thérapeutique dans la maladie coronarienne : position du GERS (Groupe exercice, réadaptation et sport) de la Société française de cardiologie (2013)
- 2013 Consensus du GACI (Groupe athérome et cardiologie) sur la prise en charge interventionnelle des syndromes coronaires aigus avec sus-décalage persistant du segment ST en France (Arch Mal Coeur Pratique 2013)
- 2014 EHRA/EAPCI expert consensus statement on catheter-based left atrial appendage occlusion (Europace 2014)
- 2014 Invasive coronary treatment strategies for out-of-hospital cardiac arrest: a consensus statement from the EAPCI (EuroIntervention 2014)
- 2014 Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology (Eur Heart J 2014)
- 2014 Gestion péri-opératoire des nouveaux anticoagulants oraux (Presse Med 2014)
- 2015 Percutaneous occlusion of the left atrial appendage (Arch Cardiovasc Dis 2015)

VI - Fiches de recommandation sur les produits de contraste iodés www.sfrnet.org

- 2004 Prévention de l'insuffisance rénale induite par les produits de contraste iodés (CIRTACI - Société française de radiologie)
- 2005 Produits de contraste iodés et diabète (CIRTACI - Société française de radiologie)
- 2005 Prescription du jeûne avant un examen radiologique requérant une injection de produit de contraste iodé (CIRTACI - Société française de radiologie)
- 2009 Produits de contraste et allergie : hypersensibilité de type immédiat (CIRTACI - Société française de radiologie)
- 2009 Thyroïde et produits de contraste (CIRTACI - Société Française de Radiologie)

VII - Information et droits des patients

- 2008 Charte éthique sur les vidéoretransmissions en direct
- 2010 Les rayonnements ionisants et leurs applications médicales
- 2011 Avant une coronarographie
- 2011 Avant une dilatation coronaire
- 2011 Avant une alcoolisation septale
- 2011 Avant une dilatation mitrale
- 2011 Avant une dilatation des artères rénales
- 2011 Avant une dilatation aortique
- 2012 Avant l'implantation d'une valve aortique
- 2012 Notice d'information pour les patients bénéficiant d'une dénervation rénale par voie endovasculaire pour le traitement de l'hypertension artérielle (Arch Cardiovasc Dis 2012)
- 2012 Avant une angioplastie périphérique

VIII - Protection et sécurité du personnel et des patients**1999-2005** Textes officiels du GERES**2003** Prévention du risque d'exposition aux rayonnements: dispositions introduites dans le Code du travail**2006** Arrêté relatif aux programmes de formation portant sur la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants**2007** Arrêté fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail avec risque de contamination par le VIH**2010** Médecine et rayonnements ionisants : des fiches d'aide à l'analyse des risques**2010** Contamination professionnelle par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé en France**2010** Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques**2011** La radioprotection des patients et des travailleurs en radiologie interventionnelle et au bloc opératoire**2013** Arrêté relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants**2013** Arrêté fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les installations dans lesquelles sont présents des rayonnements X**2015** Guide des bonnes pratiques de radioprotection du patient en cardiologie interventionnelle**2015** Rayonnements ionisants et santé**IX - Scores****1988** Echography assessment before percutaneous mitral commissurotomy (Br Heart J 1988 & Arch Mal Coeur 1989)**1994** STS SCORE predicted risk (Ann Thorac Surg 1994)**1999** EuroSCORE (Eur J Cardiothorac Surg 1999)**2000** TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI (JAMA 2000)**2002** Risk for progression to myocardial infarction or death of acute coronary syndromes in patients without persistent ST segment elevation (Eur Heart J 2002)**2003** Logistic EuroSCORE & Logistic EuroSCORE II (Eur Heart J 2003)**2004** Risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention (J Am Coll Cardiol 2004)**2004** GRACE score (JAMA 2004)**2004** ACUTY risk score (Am Heart J 2004)**2005** SYNTAX score (EuroInterv 2005)**2009** CRUSADE bleeding score (Circulation 2009)**2010** CHA2DS2-VASc score (Chest 2010)**2010** HAS-BLED score (Chest 2010)**2011** EuroSCORE II (Eur J Cardiothorac Surg 2011)**2013** SYNTAX score II (Lancet 2013)**2013** RoPE (Risk of Paradoxical Embolism) score (Neurology 2013)**X - Définitions & Classifications****1983** Coronary artery dissections after balloon angioplasty (Circulation 1983)**1985** Grading of collateral filling (J Am Coll Cardiol 1985)**1985** Angiographic definition of anomalous origin of the left main from the right anterior sinus (Am J Cardiol 1985)**1999** Coronary artery segment numbers (Semin Interv Cardiol 1999)**1999** Classification of in-stent restenosis (Circulation 1999)**2000** Coronary circulation dominance (In: Grossman's Cardiac Catheterization, Angiography, and Intervention, 2000)**2000** TIMI myocardial perfusion grade (Circulation 2000)**2001** Characteristics of coronary lesions (Circulation 1990& Circulation 2001)**2002** Stages of chronic kidney disease (Am J Kidney Dis 2002)**2002** Coronary anomalies (Circulation 2002)**2005** STH bleeding definitions (J Thromb Haemost 2005)**2006** Angiographic assessment of mitral and aortic regurgitation (Am J Cardiol 1964 & In Grossman's Cardiac Catheterization, Angiography, and Intervention 2006)**2007** Clinical end points in coronary stent trials (Circulation 2007)**2007** Classes of recommendations and levels of evidence - European Society of Cardiology (Eur Heart J 2007)**2008** Classification of coronary artery bifurcation lesions and treatments (Catheter Cardiovasc Interv 2008)**2009** Assessment of bleeding events (Mayo Clin Proc 2009)**2011** Standardized bleeding definitions for cardiovascular clinical trials (Circulation 2011)**2011** Standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation clinical trials (Eur Heart J 2011)**2012** Third universal definition of myocardial infarction (Eur Heart J 2012)**2015** Clinical trial design principles and endpoint definitions for transcatheter mitral valve repair and replacement: part1: clinical trial design principles (Eur Heart J 2015)**2015** Clinical trial design principles and endpoint definitions for transcatheter mitral valve repair and replacement: part2: endpoint definitions (Eur Heart J 2015)

Financement

MEDTECH EUROPE :

une nouvelle façon de gérer les relations financières entre l'industrie et les professionnels de santé ?

De nombreux textes législatifs et réglementaires récents, aussi bien en Europe qu'outre-Atlantique, se sont emparés de la question des liens financiers entre l'industrie et le monde médical. Sous la pression de ces textes mais aussi de l'opinion publique toujours prompte à voir d'hypothétiques relations toxiques entre ces deux mondes, l'industrie s'est organisée afin d'élaborer un code de bonne conduite dans le cadre d'un calendrier désormais très serré puisqu'il prendra irrévocablement effet le 1er janvier 2018.

Qui est MedTech Europe ? Fondée en 2012, il s'agit d'une alliance de deux membres, respectivement EDMA, représentant l'industrie du diagnostic in vitro, et Eucomed regroupant les fabricants de matériel médical. La réflexion de ce consortium a donné lieu à la publication d'un « Code of Ethical Business Practice », consultable in extenso en ligne à l'adresse <http://www.medtecheurope.org/node/715>

Code of Ethical Business Practice : qu'est-ce que c'est ? L'objectif de ce code est de réguler les interactions entre les sociétés membres de MedTech Europe et les professionnels de santé, afin d'assurer que le soutien par l'industrie de certaines activités n'alimente pas une perception erronée du public sur les liens entre l'industrie et les professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux. Ces relations ainsi assainies ne devraient donc plus soulever de questions quant à la bonne foi des parties prenantes et ne devraient pas être interprétées comme des transferts illégaux, notamment sous forme de liens financiers entre l'industrie et les professionnels de santé

À cet égard, ce code couvre tous les types d'interactions, tels que la recherche, le conseil, les cadeaux ainsi que le parrainage de professionnels de santé pour assister à des conférences ou à des formations professionnelles et éducatives (CFPE). Dans ce dernier cas, parce que les professionnels de santé sont souvent parrainés par les industries pour y assister, il convient que le parrainage soit traité de la manière la plus éthique et la plus transparente possible.

Ce code s'articule autour de cinq principes fondamentaux :

- Un principe dit d'image et de perception qui stipule qu'en toutes occasions l'industriel qui finance une action doit prendre en considération l'image et la perception qu'il offre au public.
- Un principe de séparation qui affirme que les relations financières entre l'industrie et les professionnels de santé ne peuvent être sous-tendues par des considérations d'avantages accordés ou de décisions d'achat
- Un principe de transparence qui subordonne les relations financières aux lois et aux règlements nationaux ainsi qu'aux codes de déontologie professionnels nationaux ou locaux.
- Un principe d'équivalence qui pose la proportionnalité entre l'éventuelle rémunération d'un acteur du monde médical et le service rendu à l'industriel qui lui rémunère ce service.
- Enfin un principe de documentation qui affirme que les accords financiers entre les professionnels de santé et l'industrie doivent être documentés, contractualisés et que la traçabilité des services effectivement rendus doit être réalisée.

Quelles conséquences pour un organisateur de congrès comme le GRCI ?

L'objet de la manifestation doit être strictement en lien avec la spécialité des participants ; son agenda et son contenu restent sous l'unique responsabilité de son organisateur. Le ou les sponsors de cette manifestation ne pourront en aucun cas participer financièrement à d'éventuelles activités extra-professionnelles organisées dans le cadre de cette manifestation. Le lieu de la manifestation ne pourra pas être l'élément moteur de celle-ci. Ce lieu doit être central, d'accès aisé et propice aux échanges scientifiques. Enfin, le code attire l'attention des industriels sur le regard critique que le public pourrait avoir sur ce lieu de manifestation. N'oublions pas que l'image et la perception par le public apparaissent comme une considération prioritaire des cinq principes fondamentaux du code. Enfin et surtout, l'organisateur de la manifestation devra se soumettre à l'approbation du « Conference Vetting System » : le CVS est un système centralisé au niveau européen qui examinera la conformité des conférences éducatives et des congrès avec le Code of Ethical Business Practice. Le système fonctionnera indépendamment de MedTech Europe pour assurer l'objectivité de l'évaluation. Selon ses promoteurs, il serait le premier système en son genre dans le secteur de la santé en raison de la nature contraignante des résultats de ses évaluations. Le système évaluera les manifestations dans la zone géographique couverte par les membres de MedTech Europe. Les financements versés à un organisateur de congrès impliquent que ce dernier est le responsable exclusif de la sélection de ses participants, de son conseil scientifique et du programme de la manifestation.

Quelles conséquences pour vous et pour le GRCI ?

L'esprit de ce code est de mettre un terme à tout lien de subordination réel ou potentiel entre un professionnel de santé et une société membre de MedTech Europe. Le participant à un congrès ne pourra donc plus solliciter un industriel pour une inscription à un congrès. Au contraire, il devra solliciter ce financement auprès de l'organisateur du congrès qui, à son tour, financera en partie son inscription au moyen des fonds qu'il aura perçus de l'industrie. Il semblerait toutefois, que dans des limites bien précises, le participant pourra financer par une subvention d'éducation, attribuée par un industriel, certains frais liés à son déplacement et à son hébergement. Les industriels ne pourront en aucun cas financer en tout ou partie les frais d'un accompagnant du professionnel de santé. De même, ils ne pourront pas avancer de provision à un professionnel de santé pour son déplacement.

En tant qu'organisateur de congrès, le bureau du GRCI ne doute pas que ces nouvelles normes conduiront à une diminution de la participation financière de l'industrie à nos diverses manifestations scientifiques. Il est de notre devoir à tous, si nous voulons voir perdurer notre capacité à nous former, à échanger et à faire évoluer nos compétences pour trouver de nouveaux moyens de financement. Contrairement à certains autres pays d'Europe, les professionnels de santé français recourent encore très insuffisamment aux financements institutionnels accordés par nos structures hospitalières dans le cadre de la formation médicale continue. Nous soulignons aussi, les disparités de traitement entre les professionnels du secteur public et ceux du privé dont les financements institutionnels paraissent encore plus fragiles. Il semble de plus en plus évident que dans un futur proche, les professionnels de santé seront amenés à financer une partie de leur formation sur leurs propres crédits.

L'année 2017 sera une année de transition avant l'application complète des mesures proposées par MedTech Europe.

C'est pourquoi nous vous suggérons très fortement dès 2017, de contacter vos services de formation médicale continue afin d'établir en concertation avec eux les plans de formation qui vous permettront d'assister aux manifestations de votre choix. Tout au long du GRCI France 2016, un fil rouge, sous forme de diaporama, vous informera et vous guidera dans vos futures démarches.

Annales de Cardiologie



Vol. 65 • N°6 • Décembre 2016

Numéro spécial GRCI 2016

ÉDITORIAL

À quand une cardiologie adaptée aux femmes ?

M. Gilard, H. Benamer

MISES AU POINT

Le syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du segment ST chez la femme

S. Manzo-Silberman

Mort subite : y a-t-il une spécificité féminine ?

N. Karam, E. Marjon, W. Bougouin, C. Spaulding, X. Jouven

Traitement antiagrégant plaquettaire chez la femme : une spécificité liée au sexe ?

A. Bellemain-Appaix

Coronaropathie de la femme : rôle des hormones sexuelles

E. Vautrin, S. Marlière, H. Bouvaist, R. Guerbaai, G. Barone-Rochette

Lésions cardiaques radio-induites chez la femme : mise au point

S. Marlière, E. Vautrin, C. Saunier, A. Chaikh, I. Gabelle-Flandin

Occlusions coronaires chroniques : existe-t-il une spécificité féminine ?

F. Sanguinetti, C. Garcia-Alonso, H. Benamer, G.J. Karrillon

Procédure de TAVI par voie fémorale chez la femme : technique minimaliste

H. Benamer, B. Chevalier, A. Roy, M.A. Bouzid, C. Perdrix, P. Garot, T. Hovasse, T. Untersee, S. Champagne, T. Lefèvre

Recherche de l'ischémie myocardique chez les femmes

S. Duval, M. Leroux, Y. Davienne, C. Brasselet

Différences entre les sexes dans les cardiopathies congénitales

P. Aubry, H. Demian

Spasme coronaire, une pathologie de la femme ?

X. Halna du Fretay, M.A. Bouzid, B. Blanchard-Lemoine, H. Benamer

Hématome et dissection coronaire spontanés, enseignements récents : de la suspicion diagnostique au devenir après traitement

G. Malclès, G. Souteyrand, P. Motreff

La voie d'abord radiale chez la femme

J. Wintzer-Wehekind, S. Milouchi, A. Rouge, J. Monségu

La réadaptation cardiaque chez la femme coronarienne

M. Ghannem, L. Ghannem, S. Lamouchi, K.D. Justin, P. Meimoun, L. Ghannem

Women in interventional cardiology: The French experience

E. Vautrin, S. Marlière, A. Bellemain-Appaix, M. Gilard, S. Manzo-Silberman, for the Intervention'elles group

LEUR FUTUR REPREND VIE MAINTENANT



Brilique, en association avec l'acide acétylsalicylique (AAS), est indiqué dans la prévention des événements athérothrombotiques chez les patients adultes ayant :

- **un syndrome coronaire aigu (SCA)** OU
 - **des antécédents d'infarctus du myocarde (IdM) et à haut risque de développer un événement athérothrombotique ***
- (voir rubriques Posologie et mode d'administration et Propriétés pharmacodynamiques)


BRILIQUETM
ticagrelor **90 mg**


BRILIQUETM
ticagrelor **60 mg**

Dosage non disponible et non remboursable à la date du 12/04/2016 (demande d'admission à l'étude)

Traitement recommandé pendant 12 mois

Lorsque la prolongation du traitement est nécessaire *

* Lorsque la prolongation du traitement par ticagrelor est nécessaire chez les patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde datant d'au moins un an et à haut risque de développer un événement athérothrombotique (âge ≥ 65 ans, diabète nécessitant un traitement, un second infarctus du myocarde précédent, signes de coronaropathie multitrunculaire ou insuffisance rénale chronique non au stade terminal).

Les données sur l'efficacité et la sécurité d'emploi de Brilique 60mg au delà d'une prolongation du traitement de 3 ans sont limitées.

Les mentions légales sont disponibles à l'adresse suivante : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Fiches produits

Informations sur les produits des partenaires

page Sommaire

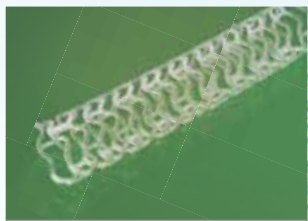
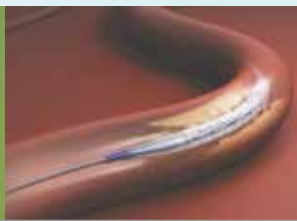
30	ABBOTT VASCULAR
33	ACIST EUROPE BV
35	B.BRAUN
37	BIOSENSORS FRANCE SAS
38	BIOTRONIK FRANCE
40	BOSTON SCIENTIFIC FRANCE
43	CORDIS
44	GE HEALTHCARE SA
45	HEXACATH FRANCE
46	MEDTRONIC
49	MERIT MEDICAL FRANCE
50	OCCLUTECH FRANCE
52	PHILIPS-VOLCANO
53	ST JUDE MEDICAL
54	TERUMO FRANCE

Absorb GT1

SYSTEME VASCULAIRE BIORESORBABLE

FICHE TECHNIQUE

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION

			
Implant bioresorbable	Polymère bioresorbable	Everolimus	Système de pose spécifique
Poly (L-lactide) (PLLA)	Poly (D,L-lactide) (PDLLA)	100 µg/cm²	Maniabilité et push
Entièrement résorbé Totalement métabolisé* Fondé sur les caractéristiques du design MULTI-LINK Epaisseur des mailles: 152µm	Entièrement résorbé Totalement métabolisé*	Dosage et cinétique de re-largage similaires au XIENCE V Libéré à 80% en 30 jours, à 100% en 120 jours	Hypotube renforcé Transition effilée à bas profil Corps médian optimisé Echange rapide monorail Ballonnet expansible 3 plis

* Les marqueurs en platine aux extrémités de l'implant demeurent pour le marquage radio-opaque

PRESSIION D'INFLATION (ATM)

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Diamètre de l'implant													
2.5	2.53	2.60	2.66	2.71	2.76	2.79	2.82	2.86	2.89	2.91	2.94	2.97	2.99
3.0	2.94	3.02	3.08	3.15	3.20	3.24	3.28	3.31	3.34	3.37	3.40	3.43	3.46
3.5	3.50	3.59	3.66	3.73	3.78	3.83	3.87	3.91	3.94	3.98	4.01	—	—
	NOM										RBP		

RÉFÉRENCES DE COMMANDES ABSORB GT1

		Longueurs (mm)				
		8	12	18	23	28
Diamètre (mm)	2.5	1234250-08	1234250-12	1234250-18	1234250-23	1234250-28
	3.0	1234300-08	1234300-12	1234300-18	1234300-23	1234300-28
	3.5	—	1234350-12	1234350-18	1234350-23	1234350-28

ABBOTT VASCULAR

Division d'Abbott France SAS, 3 Place Gustave Eiffel, BP 60213 - 94518 Rungis Cedex France, N°Indigo : 0820 20 43 43.

Ces produits doivent être utilisés sous la responsabilité d'un médecin. Avant toute utilisation, il est important de lire attentivement la notice jointe concernant les instructions d'utilisation, avertissements et complications potentielles associés à l'utilisation de ses produits. Les informations contenues dans ce document sont destinées à être communiquées aux professionnels de santé en France UNIQUEMENT. Les illustrations sont des rendus d'artistes et ne doivent pas être considérées comme des dessins d'ingénierie ou des photographies. Photos Abbott Vascular.

Pour plus d'information visitez notre site web www.abbott.fr

Absorb GT1, XIENCE et MULTI-LINK sont des marques déposées du groupe Abbott.

Absorb, système vasculaire bioresorbable à élution d'everolimus. Dispositif médical de classe III, organisme notifié CE 0086.

Fabriqué en Irlande par Abbott Vascular. Se référer aux informations de la notice d'instructions qui décrivent les informations de bon usage du dispositif. Veuillez lire attentivement les instructions figurant dans la notice.

Absorb n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

©2015 Abbott. Tous droits réservés. 1-FR-1-6408-03 10-2016

Absorb GT1
SYSTEME VASCULAIRE BIORESORBABLE





TREK et MINI TREK RX

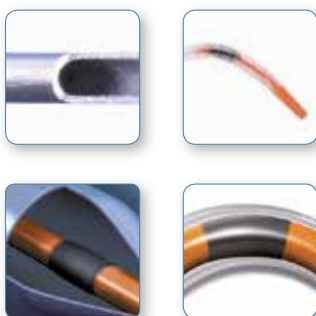
Cathéters de dilatation coronaire

FICHE TECHNIQUE

Franchissement Extrême

Un design sans transition conçu pour les anatomies complexes

Caractéristiques	Bénéfices
Extrémité sans transition	Profil de l'extrémité : 0,017 inch Extrémité effilée prolongée à l'intérieur du cathéter pour une trackabilité optimisée, un traumatisme artériel réduit et une bonne conformabilité de l'extrémité le long du guide.
Technologie Slim Seal	Profil de franchissement : 0,021 inch Jonction distale flexible à bas profil pour une excellente délivrabilité
Ballonnet double membrane	Flexibilité optimisée, épaisseur plus fine avec une RBP maintenue à 14 Atm et une pression nominale à 8 Atm
Hypotube effilé	La combinaison d'un excellent push et d'un contrôle maximum
Marqueurs flexibles	Marqueurs radio-opaques brevetés en Tungstène / Pebax de 1 mm pour une progression souple



TREK & MINI TREK		Références de commandes						
	DIAMÈTRES DU BALLONNET (mm)	LONGUEURS DU BALLONNET (MM)						
		6	8	12	15	20	25	30
TREK RX	2.25	1012271-06	1012271-08	1012271-12	1012271-15	1012271-20	1012271-25	1012271-30
	2.50	1012272-06	1012272-08	1012272-12	1012272-15	1012272-20	1012272-25	1012272-30
	2.75	1012273-06	1012273-08	1012273-12	1012273-15	1012273-20	1012273-25	1012273-30
	3.00	1012274-06	1012274-08	1012274-12	1012274-15	1012274-20	1012274-25	1012274-30
	3.25	1012275-06	1012275-08	1012275-12	1012275-15	1012275-20	1012275-25	1012275-30
	3.50	1012276-06	1012276-08	1012276-12	1012276-15	1012276-20	1012276-25	1012276-30
	3.75	1012277-06	1012277-08	1012277-12	1012277-15	1012277-20	1012277-25	1012277-30
	4.00	1012278-06	1012278-08	1012278-12	1012278-15	1012278-20	1012278-25	1012278-30
	4.50	-	-	1012279-12	-	-	-	-
	5.00	-	-	1012280-12	1012280-15	-	-	-
MINI TREK RX	1.20	1012268-06	1012268-08	1012268-12	1012268-15	1012268-20	-	-
	1.50	1012269-06	1012269-08	1012269-12	1012269-15	1012269-20	-	-
	2.00	1012270-06	1012270-08	1012270-12	1012270-15	1012270-20	1012270-25	1012270-30

TREK & MINI TREK RX sont des marques déposées du Groupe Abbott

ABBOTT VASCULAR, Division d'Abbott France SAS - 3 place Gustave Eiffel, BP 60213 - 94518 Rungis Cedex, France. N° indigo : 0820 20 43 43

Ces produits doivent être utilisés sous la responsabilité d'un médecin. Avant toute utilisation, il est important de lire attentivement les notices spécifiques concernant les informations de bon usage des dispositifs (instructions d'utilisation, avertissements et complications potentielles associées à l'utilisation de ces produits). Les informations contenues dans ce document sont destinées aux professionnels de santé exclusivement et destinées à être communiquées en FRANCE uniquement.

TREK & MINI TREK, cathéter d'angioplastie coronaire. Dispositif médical de classe III, organisme notifié BSI.

Fabriqué par Abbott Vascular, mandataire Abbott Vascular International BVBA. Non pris en charge par l'assurance maladie.

© 2013 Abbott. Tous droits réservés 1-FR-1-3879-03 10-2013

Abbott
Vascular

Xience Alpine

Système d'endoprothèse active à élution d'everolimus

FICHE TECHNIQUE

Composant	Caractéristiques
Plateforme	4ème génération de système d'endoprothèse active XIENCE ; Basé sur la 8ème génération de plateforme MULTI-LINK à 3 liens non linéaires par anneau - mailles fines de 0,0032" (81µm) en Cobalt-Chrome L-605 (55% Cobalt, 20% Chrome, 15% Tungstène, 10% Nickel) 2 designs : 6 crêtes (Ø 2,25 au 3,25mm) – 9 crêtes (Ø 3,5 à 4,0mm) - Longueurs de stent disponibles : 8, 12, 15, 18, 23, 28, 32, 38mm - Diamètres de stent disponibles : 2,25 ; 2,50 ; 2,75 ; 3,00 ; 3,25 ; 3,50 ; 4,00mm
Droque	Everolimus 100 µg/cm ² relargué à 80% en 30 jours, à 100% en 120 jours
Revêtement	Fluoropolymère durable thromborésistant – Epaisseur 7,8µm
Système de Pose	Nouveau système de pose à bas profil pour la délivrabilité dans les lésions calcifiées et les anatomies tortueuses - Hypotube renforcé de 33% - sans transition - Profil d'entrée 0,0171" - Profil de franchissement 0,0425" (3.00 x 18) - Extrémité «True Center» orientant le dispositif vers le centre du vaisseau, effilée et intégrée au corps du cathéter - Ballonnet multicouche en Pebax flexible avec repliement en 5 plis - Courbe de compliance plate avec PN = 10 Atm et RBP = 18Atm - Marqueurs de 1mm (longueurs 8-28mm) ou 1,5mm (33 et 38mm) situés au niveau des épaulements du ballonnet – Extrémités de l'endoprothèse placées à mi-marqueur
Traitement antiplaquettaire associé	Au cas où une interruption ou un arrêt non prévu du double traitement antiplaquettaire s'avérerait nécessaire à tout moment après le premier mois suivant l'implantation de l'endoprothèse coronaire XIENCE, les données à deux ans provenant des essais cliniques portant sur les endoprothèses coronaires XIENCE ont montré de faibles taux de thromboses d'endoprothèse et aucune augmentation observée du risque de thromboses d'endoprothèse.
Conservation	- Durée de validité : 36 mois - Sterilisation Oxyde d'éthylène - Usage unique

		Longueur de l'endoprothèse (mm)							
Diamètre de l'endoprothèse	mm	8	12	15	18	23	28	33	38
	2.25	1125225-08	1125225-12	1125225-15	1125225-18	1125225-23	1125225-28		
	2.5	1120250-08	1120250-12	1120250-15	1120250-18	1120250-23	1120250-28	1120250-33	1120250-38
	2.75	1120275-08	1120275-12	1120275-15	1120275-18	1120275-23	1120275-28	1120275-33	1120275-38
	3.0	1120300-08	1120300-12	1120300-15	1120300-18	1120300-23	1120300-28	1120300-33	1120300-38
	3.25	1120325-08	1120325-12	1120325-15	1120325-18	1120325-23	1120325-28	1120325-33	1120325-38
	3.5	1120350-08	1120350-12	1120350-15	1120350-18	1120350-23	1120350-28	1120350-33	1120350-38
	4.0	1120400-08	1120400-12	1120400-15	1120400-18	1120400-23	1120400-28	1120400-33	1120400-38

ABBOTT VASCULAR France

3 place Gustave Eiffel, BP 60231 - 94518 Rungis Cedex, France N°Indigo: 0820 20 43 43

ABBOTT VASCULAR, Division d'Abbott France SAS - 3 place Gustave Eiffel, BP 60213 - 94518 Rungis cedex, France n° indigo : 0820 20 43 43

XIENCE, XIENCE Alpine et MULTI-LINK sont des marques déposées du groupe Abbott.

Ces produits doivent être utilisés sous la responsabilité d'un médecin. Avant toute utilisation, il est important de lire attentivement les notices spécifiques concernant les informations de bon usage des dispositifs (instructions d'utilisation, avertissements et complications potentielles associées à l'utilisation de ces produits).

Les informations contenues dans ce document sont destinées aux professionnels de santé exclusivement et destinées à être communiquées en FRANCE uniquement.

XIENCE Alpine, endoprothèse coronaire à élution d'everolimus indiquée pour améliorer le diamètre de la lumière des vaisseaux coronaires (Notice d'utilisation) - Dispositif médical, classe III, organisme notifié CE 0086. Fabriqué par Abbott Vascular, mandataire Abbott Vascular International BVBA. XIENCE Alpine est pris en charge par l'assurance maladie.

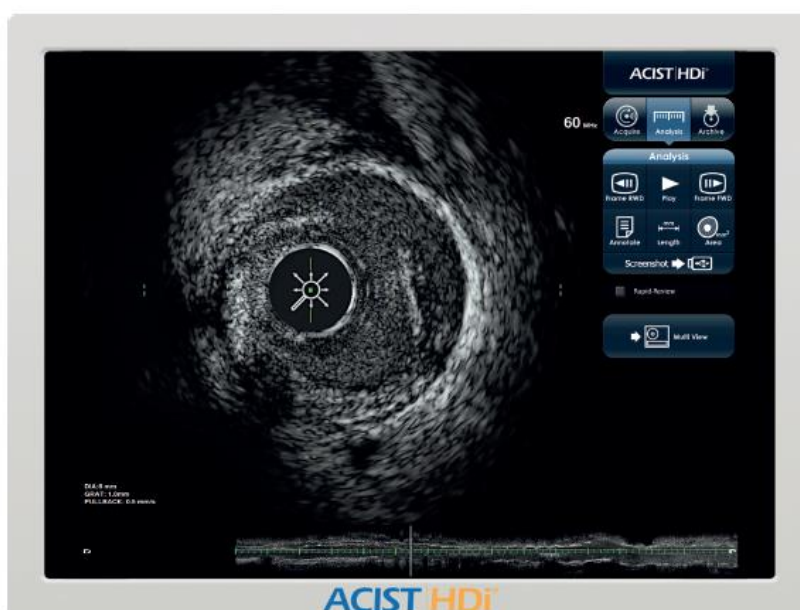
© 2015 Abbott. Tous droits réservés 1-FR-1-4999-03 10-2015 REV A

 **Abbott**

Cathéter IVUS HD ACIST Kodama®

Le système ACIST | HDi® est composé d'une console interactive compacte et du cathéter IVUS HD ACIST Kodama®.

Le système HDi permet une imagerie IVUS haute définition à 60MHz, une interface à écran tactile et un pullback très rapide avec le cathéter IVUS HD ACIST Kodama® à haute capacité de franchissement.



ACIST | RXi™

Rapid Exchange
FFR System

ACIST Navvus™ Microcatheter Rapid Exchange FFR

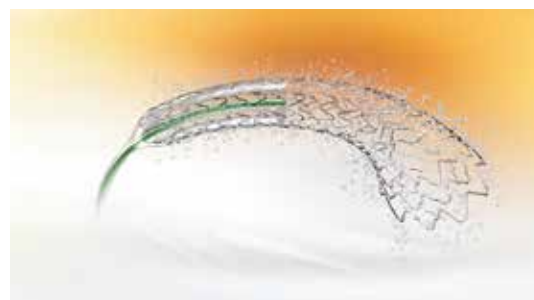
Le système ACIST | RXi™ Rapid Exchange FFR est composé du microcathéter ultrafin Navvus et de la console RXi.

Ce système Rapid FFR introduit un microcathéter d'échange rapide sur votre guide de 0.014 pouce pour un contrôle maximal.



COROFLEX® ISAR

Fiche Technique



Endoprothèse coronaire à élution médicamenteuse, sans polymère

Description

L'endoprothèse Coroflex® ISAR est un petit tube métallique découpé au laser de précision et réalisé dans un alliage métallique à usage médical (L605). L'endoprothèse Coroflex® ISAR est revêtue d'une matrice qui se compose à parts égales de la substance active (Sirolimus) et d'un excipient hydrophobe (Probuco).

La capacité nominale de charge en médicament est de 1,2 µg/mm² de Sirolimus. La quantité maximale de médicament est de 208 µg pour l'endoprothèse la plus grande (4,0x32mm).

Indications

Le système d'endoprothèse coronarienne à élution de sirolimus Coroflex® ISAR vise à augmenter le diamètre de la lumière d'artères coronaires et à diminuer une éventuelle resténose.

Coroflex® ISAR convient pour traiter des lésions de novo natives et des resténoses intra-stent jusqu'à une longueur de ≤ 32 mm avec un diamètre de vaisseau de référence de 2,0 à 4,0 mm.

	Diamètre stent	8 mm	9 mm	13 mm	14 mm	16 mm	19 mm	24 mm	27 mm	32 mm
Plateforme du stent 'Coroflex® Blue Ultra'	2.0 mm*	-	5028700	-	5028710	5028720	5028730	5028740	5028764	5028765
	2.25 mm	-	5028701	-	5028711	5028721	5028731	5028741	5028750	5028766
	2.5 mm	-	5028702	-	5028712	5028722	5028732	5028742	5028751	5028760
	2.75 mm	5028703	-	5028713	-	5028723	5028733	5028743	5028767	5028768
Plateforme du stent 'Coroflex® Blue Neo'	3.0 mm	5028704	-	5028714	-	5028724	5028734	5028744	5028752	5028761
	3.5 mm	5028705	-	5028715	-	5028725	5028735	5028745	5028753	5028762
	4.0 mm	5028706	-	5028716	-	5028726	5028736	5028746	5028754	5028763

Conditions de prise en charge au titre de la LPPR*

La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques). Elle est également assurée, après concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX), pour le traitement de certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé. Le nombre maximal de stent pris en charge par patient est de 1 sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

Coroflex® ISAR - Système d'endoprothèse coronarienne à élution de sirolimus, expansible sur ballonnet, pour le traitement de vaisseaux coronaires. Dispositif Médical de Classe III. Certificat CE délivré par DEKRA (CE0124). Prise en charge au titre III de la LPPR* au tarif LPPR* et Prix Limite de Vente : 875 euros / sous les codes :

Coroflex® ISAR de diamètre 2,25 mm : Code LPP 3102942 / Coroflex® ISAR de diamètre 2,50 mm : Code LPP 3131174 / Coroflex® ISAR de diamètre 2,75 mm : Code LPP 3137159 / Coroflex® ISAR de diamètre 3,00 mm : Code LPP 3149085 / Coroflex® ISAR de diamètre 3,50 mm : Code LPP 3102110 / Coroflex® ISAR de diamètre 4,00 mm : Code LPP 3115933

*LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) prévue par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale.

Le présent document, son contenu, et notamment les données institutionnelles, les informations, les marques et les logos qui y sont mentionnés sont la propriété exclusive de B. Braun. Toute représentation et/ou reproduction, partielle ou totale, de ce document et de son contenu, sans l'accord exprès et préalable de B. Braun, est strictement interdite et constitue une infraction aux droits de propriété intellectuelle de B. Braun.

Document réservé aux professionnels de santé. Document et photo non contractuels. Ed 10/2015 CVS_20151009

Distribué par : B. Braun Medical | 204, avenue du Maréchal Juin | 92100 Boulogne-Billancourt | France

Tel. 01 41 10 53 00 | Fax. 01 41 10 53 99 | www.bbraun.fr

B. Braun Medical SAS AU CAPITAL DE 31 000 000

Fabriqué par :

B. Braun Melsungen AG | Carl Braun Str.1 | 34121 Melsungen | Allemagne

SEQUENT® PLEASE NEO

Fiche Technique



Ballon actif Paclitaxel / Iopromide (Technologie Paccocath®)

Description

SeQuent® Please NEO est un cathéter de dilatation des artères coronaires natives, à libération de principe actif, le paclitaxel.

La surface du ballonnet SeQuent® Please NEO est revêtue de Paclitaxel à une concentration de 3 µg de Paclitaxel par mm² de surface du ballon. Ce médicament est intégré dans une matrice, physiologiquement neutre et biodégradable (constituant principal : iopromide).

L'expansion du ballon permet le contact entre la surface enduite du ballon et le segment de vaisseau à traiter et permet ainsi au principe actif de pénétrer dans la paroi du vaisseau. Suivant l'état du patient et la morphologie des vaisseaux, il faut (en règle générale) maintenir le ballon à la pression de gonflage recommandée (pression nominale) pendant au moins 30 secondes.

SeQuent® Please NEO a été conçu pour améliorer le diamètre luminal et réduire le risque de resténose lors du traitement de lésions dans les artères coronaires natives et resténose intrastent sur endoprothèse métallique.

Indications*

- Lésions de novo (mise en œuvre primaire dans les sténoses ou occlusions), y compris des petits vaisseaux (SVD : Small Vessel Disease)
- Resténose après une PTCA (Angioplastie Coronaire Percutanée Transluminale) déjà accomplie au ballon ou au stent (resténose intra-stent)
- Pré- et post-dilatation au cours d'une procédure d'implantation d'un stent coronaire
- Occlusion aiguë ou imminente d'un vaisseau

Diamètre ballon	Longueur						
	10 mm	15 mm	20 mm	25 mm	30 mm	35 mm	40 mm
2.0 mm	5023200	5023210	5023220	5023230	5023240	5023250	5023260
2.25 mm	5023201	5023211	5023221	5023231	5023241	5023251	5023261
2.5 mm	5023202	5023212	5023222	5023232	5023242	5023252	5023262
2.75 mm	5023203	5023213	5023223	5023233	5023243	5023253	5023263
3.0 mm	5023204	5023214	5023224	5023234	5023244	5023254	5023264
3.5 mm	5023206	5023216	5023226	5023236	5023246	5023256	5023266
4.0 mm	5023207	5023217	5023227	5023237	5023247	5023257	5023267

Non pris en charge au titre de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) prévue par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale.

Le présent document, son contenu, et notamment les données institutionnelles, les informations, les marques et les logos qui y sont mentionnés sont la propriété exclusive de B. Braun. Toute représentation et/ou reproduction, partielle ou totale, de ce document et de son contenu, sans l'accord exprès et préalable de B. Braun, est strictement interdite et constitue une infraction aux droits de propriété intellectuelle de B. Braun.

* Lire attentivement la notice d'instruction avant utilisation.

Document réservé aux professionnels de santé. Document et photo non contractuels. Ed 10/2016 CVS_20161003

Distribué par : B. Braun Medical | 204, avenue du Maréchal Juin | 92100 Boulogne-Billancourt | France

Tel. 01 41 10 53 00 | Fax. 01 41 10 53 99 | www.bbraun.fr

B. Braun Medical SAS AU CAPITAL DE 31 000 000

Fabriqué par :

B. Braun Melsungen AG | Carl Braun Str.1 | 34121 Melsungen | Allemagne

FICHE TECHNIQUE

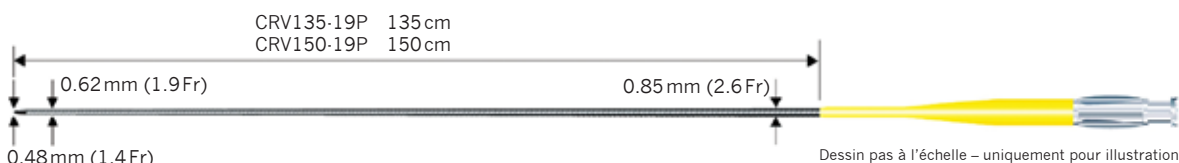
DESCRIPTION:

Le microcathéter Caravel™ est indiqué pour l'angioplastie coronaire. La surface extérieure du microcathéter est recouverte de polymère hydrophile afin de garantir un haut pouvoir lubrifiant lorsque la surface est humide. La lumière interne de la gaine (à l'exception de la partie du connecteur) est revêtue d'une couche de fluoropolymère en vue de faciliter le mouvement du fil-guide et des autres dispositifs. La pointe est radio-opaque.

INDICATIONS*:

Caravel est destiné à fournir un support en vue de faciliter le placement de fils-guide dans les systèmes vasculaires coronariens et périphériques, et il peut être utilisé pour remplacer un fil-guide par un autre. Caravel est également destiné à faciliter la délivrance du produit de contraste dans les systèmes vasculaires coronariens et périphériques. N'utilisez pas ce microcathéter pour un usage autre que dans les systèmes vasculaires coronariens et périphériques.

DESIGN:



CARACTÉRISTIQUES:

D.E. du corps du cathéter - proximal	0,85 mm / 2,6Fr	
D.E. du corps du cathéter - distal	0,62 mm / 1,9Fr	
D.I. de l'embout	0,40 mm / 0,016"	
D.I. de la gaine	0,55 mm / 0,022"	
D.I. recommandé du cathéter guide	1,05 mm / 0,041" / 3F	
D.E. recommandé du guide d'angioplastie	0,36 mm / 0,014"	
Longueur utile	CRV135-19P	135cm
	CRV150-19P	150cm
Pression d'injection maximale	2070 kPa / 300 psi	
Matériaux composant le microcathéter	Surface extérieure avant revêtement	Polyamide-élastomère
	Extrémité (pointe)	Polyuréthane
	Revêtement de surface	Polymère hydrophile
	Couche interne	PTFE

D.I.: Diamètre interne - D.E.: Diamètre externe

RÉFÉRENCES PRODUITS:

Dénomination	Référence	Longueur utile	Diamètre interne (Extrémité / Gaine)	Diamètre externe (Extrémité/Distal/proximal)	Guide recommandé
Caravel	CRV135-19P	135cm	0,40mm / 0,55mm (0,016" / 0,022")	0,48 / 0,62 / 0,85 mm (1,4 / 1,9 / 2,6 Fr)	0,36mm (0,014")
	CRV150-19P	150cm	0,40mm / 0,55mm (0,016" / 0,022")	0,48 / 0,62 / 0,85 mm (1,4 / 1,9 / 2,6 Fr)	0,36mm (0,014")

Dispositif de classe III, Règle 7; MDD 93/42/EC

Produit à usage unique
Stérile lorsque l'emballage est intact
Ne pas réutiliser ou ré-stériliser
Produit sans latex et sans PVC

Organisme notifié: DEKRA Certification B.V. (0344)

Méthode de stérilisation: Gaz oxyde d'éthylène

Validité de la stérilisation: 36 mois

Conditions de conservation:

Ne pas conserver le produit en position pliée ni sous une charge lourde. Ce cathéter doit être tenu à l'écart de l'eau.
Conserver dans un endroit frais et sec, à l'abri de la lumière

Caravel™ est une gamme de microcathéter d'angioplastie conçu pour faciliter la mise en place des fils guides dans les vaisseaux coronaires et périphériques, et peut être utilisé pour remplacer un fil guide par un autre. C'est un dispositif médical de Classe III, fabriqué par ASAHI INTECC CO., LTD., et dont l'évaluation de la conformité a été réalisée par DEKRA Certification B.V. 0344. Le microcathéter Caravel n'est pas pris en charge par les organismes d'assurance maladie. Veuillez consulter la fiche technique pour ce qui concerne les caractéristiques et performances de ce produit. Avant toute utilisation, veuillez-vous référer à la notice d'utilisation, qui décrit les informations de bon usage, les avertissements et complications potentielles associées à l'utilisation de ce dispositif. Toutes les marques commerciales citées sont la propriété de leurs détenteurs respectifs. © Novembre 2016 - Biosensors International Group, Ltd. Tous droits réservés.

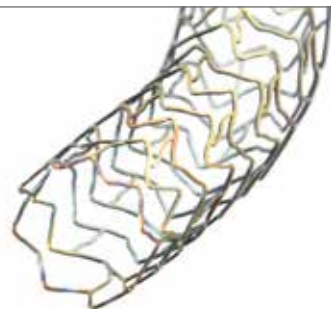
ASAHI INTECC

Fabricant:
ASAHI INTECC CO., LTD.
3-100 Akatsuki-Cho
Seto, Aichi 489-0071
Japon
Tél.: +81 561 86 91 01
http://www.asahi-intecc.com

Distribué en France par:
Biosensors France SAS
88 ter, Avenue Général Leclerc
92100 Boulogne-Billancourt
France
Tél.: +33 (0)1 46 09 96 35
Fax: +33 (0)1 73 76 88 39

EC Rep:
Emergo Europe
Molenstraat 15
2513 BH The Hague
Pays-Bas
Tel: +31 (0)70 345-8570
Fax: +31 (0)70 346-7299

H6400014 - Rev.01



Fiche Technique Orsiro

Stent Actif Hybride

Fiche technique

Stent	
Matériau du stent	Chrome Cobalt, L-605
Revêtement passif	proBIO (carbure de silicium amorphe)
Revêtement actif	BIOLute , Acide Poly-L-Lactide biodégradable (PLLA) libérant du sirolimus
Dose du principe actif	1,4 µg/mm²
Épaisseur des mailles	ø 2,25 - 3,0 mm: 60 µm [0,0024"]; ø 3,50 - 4,0 mm: 80 µm [0,0031"]
Système de pose	
Type de cathéter	Echange rapide (Rx)
Cathéter guide recommandé	5F (ø int. min. 0,056")
Profil d'entrée de la lésion	0,017"
Diamètre du guide compatible	0,014"
Longueur utile du cathéter	140 cm
Matériau du ballon	Polymère semi-cristallin
Revêtement (corps distal)	Hydrophile
Marqueurs	Deux marqueurs intégrés en platine-iridium
Diamètre du corps proximal	2,0F
Diamètre du corps distal	2,6F : ø 2,25 - 3,5 mm; 2,8F : ø 4,0 mm
Pression nominale (PN)	8 atm
Pression de rupture (RBP)	16 atm

Tableau de compliance

		Diamètre du ballon x longueur (mm)					
		ø 2,25 x 9-40	ø 2,50 x 9-40	ø 2,75 x 9-40	ø 3,00 x 9-40	ø 3,50 x 9-40	ø 4,00 x 9-40
Pression nominale	atm*	8	8	8	8	8	8
(PN)	ø (mm)	2,25	2,50	2,75	3,00	3,50	4,00
Pression de rupture	atm*	16	16	16	16	16	16
(RBP)	ø (mm)	2,50	2,77	3,05	3,33	3,88	4,44

* 1 atm = 1,013 bar

Références produits

Stent ø (mm)	Longueur utile du cathéter 140 cm								
	Longueur du stent (mm)								
	9	13	15	18	22	26	30	35	40
2,25	364469	364475	364481	364487	364499	364505	364511	391234	391238
2,50	364470	364476	364482	364488	364500	364506	364512	391235	391239
2,75	364471	364477	364483	364489	364501	364507	364513	391236	391240
3,00	364472	364478	364484	364490	364502	364508	364514	391237	391241
3,50	364473	364479	364485	364491	364503	364509	364515	391018	391020
4,00	364474	364480	364486	364492	364504	364510	364516	391019	391021

Distributeur
BIOTRONIK France S.A.S.
 Parc d'affaires SILIC
 2, rue Nicolas Ledoux
 BP 70231
 94528 Rungis Cedex · France
 Tel +33 (0) 1 46 75 96 60
 Fax +33 (0) 1 49 78 08 81

Fabricant
BIOTRONIK AG
 Ackerstrasse 6
 8180 Bülach · Suisse
 Tel +41 (0) 44 8645111
 Fax +41 (0) 44 8645005
 info.vi@biotronic.com



BIOTRONIK
 excellence for life

© BIOTRONIK AG – Tous droits réservés. VI/CVI/RA-0516/007 - Mai 2016
 Les caractéristiques peuvent faire l'objet de modifications, de révisions et d'améliorations.



CenterCross

Cathéter d'anchoring centralisé



Fiche Technique

Données Techniques	Système d'Ancrage	
	Design	Endoprothèse auto-expansible rétractable
	Matériau	Nitinol
	Longueur	10 mm
	Diamètre maximal	4.5 mm
	Force circulaire	< 0.4 Atm
	Vaisseaux compatibles	Diam. 2.5 à 4.5 mm
	Cathéter	
	Type de cathéter	Coaxial (OTW)
	Matériau (proximal)	Polymide tressé
	Matériau (distal)	Pebax tressé
	Matériau (extrémité)	Pebax
	Introduceur min.	6F
	Cathéter guide min.	7F
	Profil	1.5 mm - 0.071"
	Diamètre du guide compatible	0.014" - 0.035"
	Diamètre du microcathéter compatible	3F - 0.039" - 1.0 mm
	Longueur utile du cathéter	125 cm
	Revêtement (corps distal)	Hydrophile sur 50 cm
	Marqueurs	Deux marqueurs serts en platine-iridium
	Diamètre corps	1.9 mm - 0.073"
	Stérilisation	Oxyde d'éthylène

Références Produits	Référence	Taille
	CCX-0100-5	7F

Distributeur :
BIOTRONIK FRANCE S.A.S.
 Parc d'affaires SILIC
 2, rue Nicolas Ledoux
 BP 70231
 94528 Rungis Cedex · France
 Tel +33 (0) 1 46 75 96 60
 Fax +33 (0) 1 49 78 08 81

Fabricant :
ROXWOOD MEDICAL
 400 Seaport Ct, Suite 103
 Redwood City
 CA 94063, California, USA
 Tel (650) 779-4555
 Fax (650) 779-4554

© BIOTRONIKAG - Tous droits réservés VI/VI/RA-0816/003
 Les caractéristiques peuvent faire l'objet de modifications, de révisions et d'améliorations

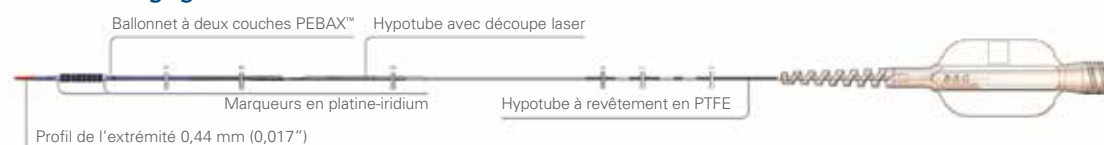
BIOTRONIK
 excellence for life

SYNERGY™

Stent coronaire en platine-chrome à libération d'évérolimus

FICHE TECHNIQUE

Système de largage du stent SYNERGY™



Caractéristiques SYNERGY™

Indications	Le système de stent SYNERGY est indiqué pour l'amélioration du diamètre luminal coronaire chez les patients souffrant d'une maladie cardiaque ischémique symptomatique due à des lésions de novo discrètes dans les artères coronaires natives.	
Produits médicamenteux	Un revêtement abluminal (surface externe du stent) de transporteur polymérique avec environ 1 µg d'évérolimus par mm² de la surface totale du stent, une teneur en polymère nominale maximale de 351 µg et une teneur médicamenteuse nominale maximale de 287 µg pour le plus grand (4,00 x 38 mm).	
Longueurs de stent disponibles (mm)	8/12/16/20/24/28/32/38	
Diamètres de stent disponibles (mm)	2,25 ; 2,50 ; 2,75 ; 3,00 ; 3,50 ; 4,00	
Profil moyen du stent	0,98 mm (0,039") pour un stent de 2,50 mm	
Profil de l'extrémité	0,44 mm (0,017")	
Matériau du stent	Alliage platine-chrome (PtCr)	
Longueur du système de largage	144 cm	
Ports du système de largage	Port d'inflation à accès unique. Port de sortie du guide, situé à environ 25 cm de l'extrémité. Conçu pour un guide ≤ 0,36 mm (0,014").	
Ballonnet de largage du stent	Ballonnet compliant doté de deux marqueurs radio-opaques plus longs de 0,4 mm que le stent à chaque extrémité.	
Pression d'inflation du ballonnet	Pression d'inflation nominale • 1 117 kPa – 11 atm (diamètres de stents 2,25 – 4,00 mm)	Pression de rupture • 1 827 kPa – 18 atm (diamètres de stents 2,25 – 2,75 mm) • 1 620 kPa – 16 atm (diamètres de stents 3,00 – 4,00 mm)
Matériau des marqueurs radio-opaques	Platine - iridium	
Diamètre interne du cathéter guide	≥ 1,42 mm (0,056")	
Diamètre externe du corps du cathéter	Proximal : 2,1 F (0,70 mm) Distal : 2,25–2,75 mm : 2,6 F (0,90 mm) 3,50 mm : 8–20 mm : 2,6 F (0,90 mm) 3,00 mm : 8–28 mm : 2,6 F (0,90 mm) 24–38 mm : 2,7 F (0,95 mm) 32–38 mm : 2,7 F (0,95 mm) 4,00 mm : 2,7 F (0,95 mm)	
Épaisseur des mailles du stent	2,25–2,75 mm : 0,074 mm ; 3,00–3,50 mm : 0,079 mm ; 4,00 mm : 0,081 mm	
Durée de vie	18 mois	
Stérilisation	Oxyde d'éthylène	
Usage unique / multiple	Usage unique	

Système de stent coronaire à libération d'évérolimus SYNERGY

CATHÉTER MONORAIL™ — RÉFÉRENCES DU PRODUIT

Ø (mm)	LONGUEUR DU STENT (mm)							
	8	12	16	20	24	28	32	38
2,25	H7493926208220	H7493926212220	H7493926216220	H7493926220220	H7493926224220	H7493926228220	H7493926232220	H7493926238220
2,50	H7493926208250	H7493926212250	H7493926216250	H7493926220250	H7493926224250	H7493926228250	H7493926232250	H7493926238250
2,75	H7493926208270	H7493926212270	H7493926216270	H7493926220270	H7493926224270	H7493926228270	H7493926232270	H7493926238270
3,00	H7493926208300	H7493926212300	H7493926216300	H7493926220300	H7493926224300	H7493926228300	H7493926232300	H7493926238300
3,50	H7493926208350	H7493926212350	H7493926216350	H7493926220350	H7493926224350	H7493926228350	H7493926232350	H7493926238350
4,00	H7493926208400	H7493926212400	H7493926216400	H7493926220400	H7493926224400	H7493926228400	H7493926232400	H7493926238400

Le stent Synergy est disponibles en 3 modèles, chacun conçu pour les diamètres spécifiques suivants :

- Vaisseau de petite taille : 2,25 mm - 2,50 mm et 2,75 mm
- Standard : 3,00 mm et 3,50 mm
- Vaisseau de grande taille : 4,00 mm

Les indications, contre-indications, mises en garde et mode d'emploi figurent sur la notice d'utilisation livrée avec chaque dispositif. Toutes les marques de commerce mentionnées sont la propriété de leurs détenteurs respectifs.

© 2016 Boston Scientific Corporation ou ses sociétés affiliées. Tous droits réservés.
IC-329417-AA NOV2016

EMERGE™ & NC Emerge™

Cathéters à ballonnet semi-compliants et non-compliants

FICHE TECHNIQUE

Caractéristiques techniques EMERGE™

- Existe en version Monorail™, Over-The-Wire
- Profil d'entrée : 0,017" (0,43 mm)
- Profil de franchissement : 0,026" (0,66 mm)
- Longueur utile : 143 cm
- Marqueurs : Platine-iridium



Caractéristiques techniques NC Emerge™

- Profil d'entrée : 0,017" (0,43 mm)
- Profil de franchissement : 0,031" (0,79 mm)
- Nez : 1,75 mm
- Longueur utile : 143 cm
- Marqueurs : Platine-iridium



- Matrice de tailles allant de 1,20 à 4,00 mm
- Pression nominale : 6 atm (608 kPa)
- Pression de rupture : 12 atm (1216 kPa) > ballonnet de 1,20 mm
14 atm (1419 kPa) > ballonnets de 1,50 à 3,25 mm
18 atm (1824 kPa) > ballonnets de 3,50 à 4,00 mm

- Matrice de tailles allant de 2,00 à 6,00 mm
- Pression nominale : 12 atm (1216 kPa)
- Pression de rupture : 20 atm (2027 kPa) > ballonnets de 2,00 à 4,00 mm
18 atm (1824 kPa) > ballonnets de 4,50 à 6,00 mm

Tableau compatibilité Kissing Balloon¹ NC Emerge™

Utilisation simultanée de deux cathéters à ballonnet dans un cathéter guide : des tests au banc et précliniques ont montré qu'un cathéter à ballonnet Monorail de 4,00 x 30 mm (ou plus petit) et un cathéter à ballonnet Monorail de 3,25 x 20 mm (ou plus petit) peuvent être insérés simultanément dans un cathéter guide de 6F (diamètre interne de 0,070" minimum). Ces tests n'ont pas tenu compte de toutes les situations cliniques et des anatomies différentes. Faire preuve de prudence lors de toute tentative d'utilisation simultanée de deux cathéters à ballonnet dans un cathéter guide. L'innocuité et l'efficacité de cette technique n'ont pas été évaluées cliniquement dans un essai clinique. Les cathéters à ballonnet d'un diamètre supérieur à ceux mentionnés n'ont pas été testés pour une utilisation simultanée dans un cathéter guide unique.²

Ø (mm)	Longueur (mm)					
	6	8	12	15	20	30
2,00						
2,25						
2,50						
2,75						
3,00						
3,25						
3,50						
3,75						
4,00						
4,50						
5,00						
5,50						
6,00						

2 cathéters à ballonnet verts sont compatibles dans un cathéter guide 6F

1 ballonnet vert et 1 ballonnet rouge sont compatibles

2 cathéters à ballonnet rouges sont compatibles

1. Technique d'inflation simultanée de deux ballons d'angioplastie dans les deux branches d'une bifurcation.
2. Données extraites de la notice NC Emerge™ (n°90972253-01A) p.18

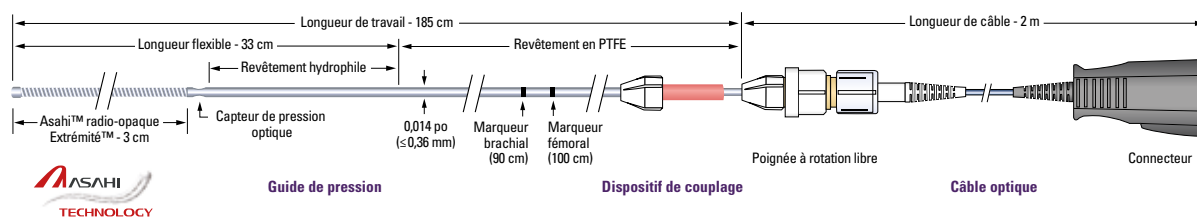
Les indications, contre-indications, mises en garde et mode d'emploi figurent sur la notice d'utilisation livrée avec chaque dispositif.
Toutes les marques de commerce mentionnées sont la propriété de leurs détenteurs respectifs.
Les illustrations sont fournies à titre d'information uniquement et ne sont pas indicatives des tailles.

COMET™

Guide de mesure de pression

FICHE TECHNIQUE

Caractéristiques techniques



Références

Code produit	Description du matériel
H7493932430	Guide de mesure de pression COMET™

Équipement nécessaire

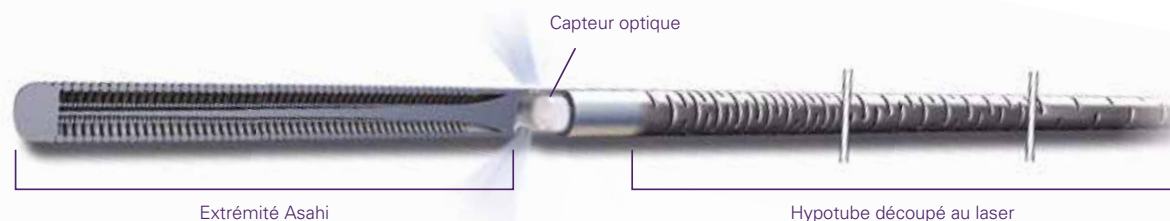
Les éléments suivants sont requis pour l'utilisation du guide de pression COMET™ :

- Système de guidage multimodal iLab™ Polaris
- FFR Link (comprend les câbles pour le système hémodynamique)

Polaris™ Système mobile		
BUN30	POLARIS CART22	Polaris™ CART 220V 2.7 & MDU 5+
BUN30	POLARIS CART24	Polaris™ CART 240V 2.7 & MDU 5+

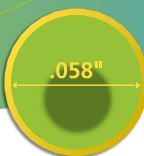
Polaris™ Système intégré		
BUN30	POLARIS INST22	Polaris™ INSTALL 220V 2.7 & MDU 5+
BUN30	POLARIS INST24	Polaris™ INSTALL 240V 2.7 & MDU 5+

FFR LINK		
H7495551000		FFR Link



Les indications, contre-indications, mises en garde et mode d'emploi figurent sur la notice d'utilisation livrée avec chaque dispositif.
Toutes les marques de commerce mentionnées sont la propriété de leurs détenteurs respectifs.
Les illustrations sont fournies à titre d'information uniquement et ne sont pas indicatives des tailles.

© 2016 Boston Scientific Corporation ou ses sociétés affiliées. Tous droits réservés.
IC-435307-AA NOV2016

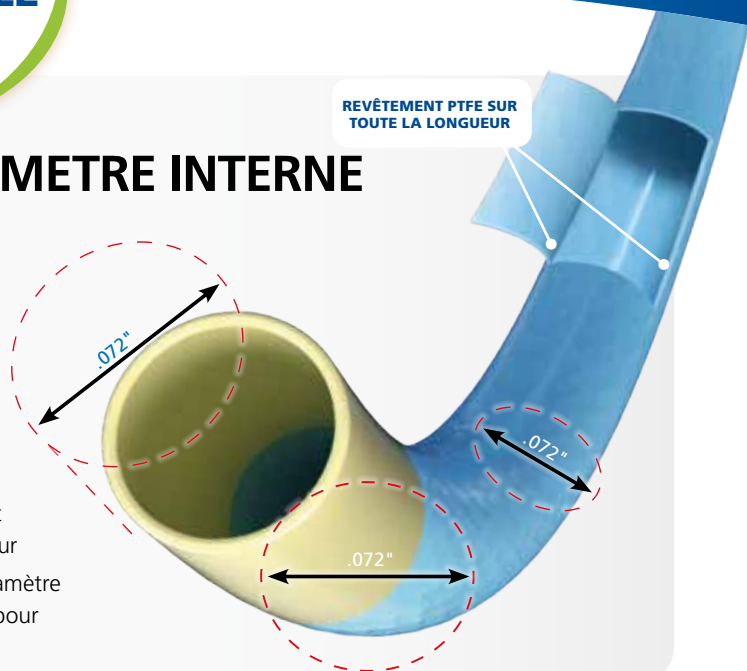


**MAINTENANT
DISPONIBLE
EN 5F**

Conçu avec

UN TRES LARGE DIAMETRE INTERNE

- Diamètre interne de .072" pour augmenter la compatibilité avec d'autres dispositifs et offrir une visualisation optimisée
- Facilite les interventions par « kissing balloon »
- Une armature hybride innovante permet de disposer d'une très large lumière et d'un support optimisé
- Avec son revêtement en PTFE, la lumière est lisse et la mise en place s'effectue en douceur
- La technologie TRUELUMEN™ permet un diamètre interne constant de l'embase à l'extrémité, pour plus d'assurance dans le geste

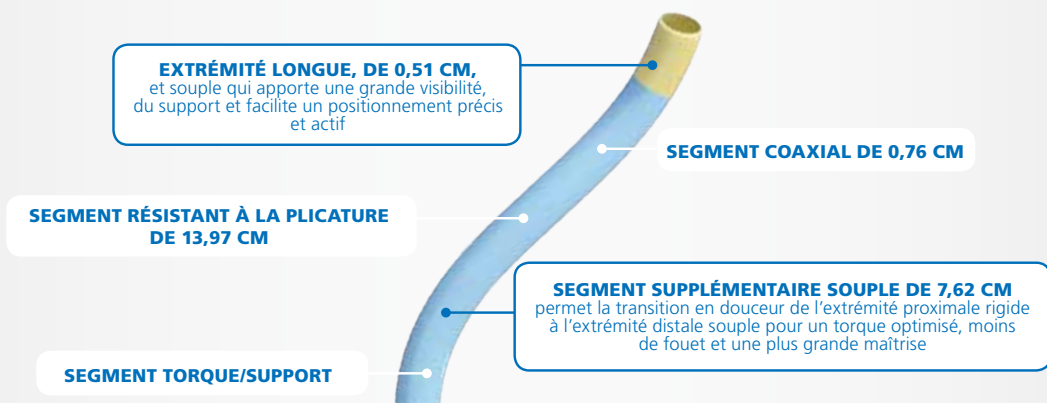


Structure

CONCEPTION AVANCÉE MULTISEGMENTS

Segment distal souple et extrémité radio-opaque longue et souple pour :

- Un positionnement atraumatique avec une grande visibilité
- Une insertion active offrant plus de support
- Une bonne résistance à la plicature et une tendance à fouetter faible
- Mémoire de forme pendant les interventions longues



UNE LARGE GAMME DE COURBURES DISPONIBLE

- Courbures classiques : Judkins, Amplatz, Multipurpose...
- Courbures radiales
- Longueurs de 90, 100 et 125 cm

Le cathéter guide ADROIT® est conçu pour l'introduction intravasculaire des dispositifs d'intervention et de diagnostic dans le système vasculaire coronaire ou périphérique. Avant toute utilisation, se référer à la notice d'utilisation qui accompagne le dispositif et respecter les consignes d'utilisation y figurant et figurant sur l'étiquetage pour connaître les indications, les contre-indications, les effets secondaires, l'utilisation recommandée, les mises en garde et les précautions. Dans un souci de constante amélioration de ses produits, Cordis se réserve le droit de modifier leurs caractéristiques sans préavis. Dispositif médical de classe III (BSI 0086). Mandataire Européen : Cordis Cashel. Irlande. CORDIS une division de CARDINAL HEALTH FRANCE 506 SAS, 52, rue de la Victoire Tmf Pôle. 75009 Paris. RCS Paris 812 365 609. «Document réservé à l'usage des professionnels de santé». Octobre 2015. EU795 11/15.



Nos solutions ASSIST

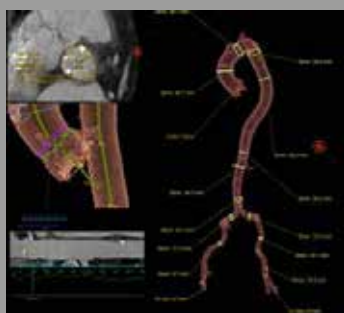
Planifier. Guider. Evaluer

- Avec la solution PCI ASSIST améliorez la visibilité des structures en mouvement jusqu'à 85% et jusqu'à 75% sur les patients à IMC important, à dose équivalente¹.
- Définissez les mesures et le positionnement de la valve qui vous aideront à anticiper les complications pour les procédures de TAVI avec la solution Valve ASSIST 2.
- Bénéficiez d'un guidage temps réel pour les procédures de fermetures d'auricules avec la solution Valve ASSIST 2.

Réalisez vos interventions cardiaques avec précision.



**Solution
PCI ASSIST**



**Solution
Valve ASSIST 2**



**Solution Valve
ASSIST 2 pour LAAC**

1. S. Balter, A new tool for benchmarking cardiovascular fluoroscopes; Radiation Protection Dosimetry, 2001, Vol. 94, No. 1-2 pp. 161-166

Mentions relatives aux solutions ASSIST :

. La solution PCI ASSIST fait référence aux fonctionnalités du système Innova IGS 530.

. La solution Valve ASSIST 2 inclut TAVI Analysis, HeartVision 2 et requiert une station AW avec Volume Viewer et Volume Viewer Interventional. Ces applications sont vendues séparément.

Mentions obligatoires :

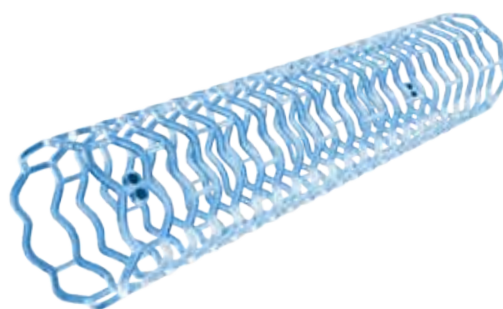
Solutions PCI ASSIST, Valve ASSIST, ASSIST pour LAAC: Ces systèmes sont des assemblages de dispositifs médicaux. Reportez-vous aux notices d'utilisations des dispositifs médicaux pour plus d'information.

© 2016 General Electric Company - Tous droits réservés.

GE et GE Monogram sont des marques de General Electric Company.

DESolve®

ENDOPROTHESE CORONAIRE BIORESORBABLE
A ELUTION DE NOVOLIMUS



REFERENCES ET DIMENSIONS

Diamètre de l'endoprothèse (mm)	Longueur de l'endoprothèse (mm)			
	14	18	23	28
2.5	SPR2514	SPR2518	SPR2523	SPR2528
3.0	SPR3014	SPR3018	SPR3023	SPR3028
3.25	SPR3214	SPR3218	SPR3223	SPR3228
3.5	SPR3514	SPR3518	SPR3523	SPR3528
4.0		SPR4018	SPR4023	SPR4028

DESolve est un dispositif marqué CE 0088.

Longueur utile du cathéter 139 cm

Diamètre du corps proximal du cathéter
1.7 F (0.55 mm)

Diamètre du corps distal
mini. 2.3 F (0.77 mm) max. 2.7 F (0.89 mm)

Diamètre maximum du guide
0.014 inch (0.356 mm)

Diamètre recommandé de cathéter-guide
6 F (Ø interne de 0.071 inch / 1.80 mm) pour Ø 2.5 à 3.5 mm
7 F (Ø interne de 0.081 inch / 2.06 mm) pour Ø 4.0 mm

Marqueurs radio opaques sur la prothèse
marqueurs à 0.5 mm de chaque extrémité, non résorbables

Epaisseur des mailles 150 µm

Diamètre de la prothèse pré-sertie
1.4 mm (Ø 3.0 mm) à 1.62 mm (Ø 4.0 mm)

Surface de couverture 30% pour Ø 3.0 mm

Composition de la prothèse structure et enduction à base d'Acide Poly-L-Lactique (PLLA)

Produit médicamenteux
Novolimus™ à une concentration de 5 µg/mm

Conservation entre 0 et 8° C

Stérilisation par irradiation

DESolve® est une endoprothèse coronaire biorésorbable composée d'un polymère à base d'Acide Poly-L-Lactique (PLLA), à élution de Novolimus™, de Classe III, marquée CE, utilisée pour la revascularisation myocardique chez des patients coronariens (angioplastie coronaire). Elle est fabriquée par la société Elixir Inc., et distribuée en France par la société Hexacath France. Ce matériel doit être utilisé sous la responsabilité d'un médecin. Avant toute utilisation il est important de lire attentivement la notice d'utilisation jointe au produit et plus particulièrement les instructions d'utilisation, avertissements et complications potentielles associés à l'usage de ce dispositif. Les informations contenues dans ce document concernent un dispositif médical utilisable par des professionnels de santé exclusivement. A la date du 1er avril 2016, ce dispositif n'est pas inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables, mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Les informations contenues dans ce document et sous sa forme actuelle sont destinées à être communiquées en France. Toutes les illustrations contenues dans ce document sont des représentations d'artistes et ne doivent pas être considérées comme des dessins d'ingénierie ou des photographies. Organisme notifié : LRQA- 0088. © [2016] Hexacath. Tous droits réservés.

Elixir
MEDICAL CORPORATION

HEXACATH

4, Passage Saint Antoine
92500 Rueil-Malmaison - France
Tél. 01 41 39 01 91 - Fax. 01 41 39 01 93

EUPHORA™ CATHÉTER À BALLONNET SEMI-COMPLIANT À ÉCHANGE RAPIDE



- Le cathéter à ballonnet semi-compliant Euphora™ offre une capacité de poussée et de franchissement améliorées*
- 64 tailles de ballons semi-compliants
- Diamètres de 1,50 mm à 4,00 mm (1/4 de taille disponibles)

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES	MEDTRONIC	
	EUPHORA™	SPRINTER® LEGEND
Pression nominale (atm)	8	1,25 mm : 12 1,50 mm : 6 2,00 - 4,00 mm : 8
Pression de rupture théorique (atm)	14	1,25 - 1,50 mm : 12 2,00 - 4,00 mm : 14
Résistance à la pression (cycles jusqu'à la pression de rupture théorique)	10	10
Diamètre externe proximal du cathéter (F)	2,1 (0,69mm)	1,9 (RX) / 3,2 (OTW)
Diamètre externe distal du cathéter (F) 1,50 mm - 3,50 mm 3,75 mm - 4,00 mm	2,5 (0,84mm) 2,7 (0,91mm)	2,4 (RX) / 2,6 (OTW) 2,5 (RX) / 2,7 (OTW)
Composition des marqueurs	Platinum iridium	Platinum iridium
Profil d'entrée (po)	0,016	0,016

*Evaluation report n° 10169651DOC - Page 31 (comparé à Sprinter® Legend)

Euphora™ est un dispositif médical de classe III, fabriqué par Medtronic Inc. - CE 0086.

Ce dispositif est indiqué :

- Pour la dilatation par ballonnet du segment sténosé d'une artère coronaire ou d'une sténose au niveau d'un pontage afin d'améliorer la perfusion du myocarde.
- Pour l'expansion post-déploiement des stents expansibles par ballonnet.

Lire attentivement la notice du produit avant toute utilisation.

Medtronic France S.A.S.
27 Quai Alphonse Le Gallo - CS 30001
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : 01 55 38 17 00
Fax : 01 55 38 18 00

RCS Nanterre 722 008 232

www.medtronic.fr

UC201604205aFF © Medtronic France 2016.
Tous droits réservés. Modifié en octobre 2016 par
Antigone Communication - Tél. 04.72.14.13.03.

* Avancer, Ensemble

Medtronic
Further, Together*

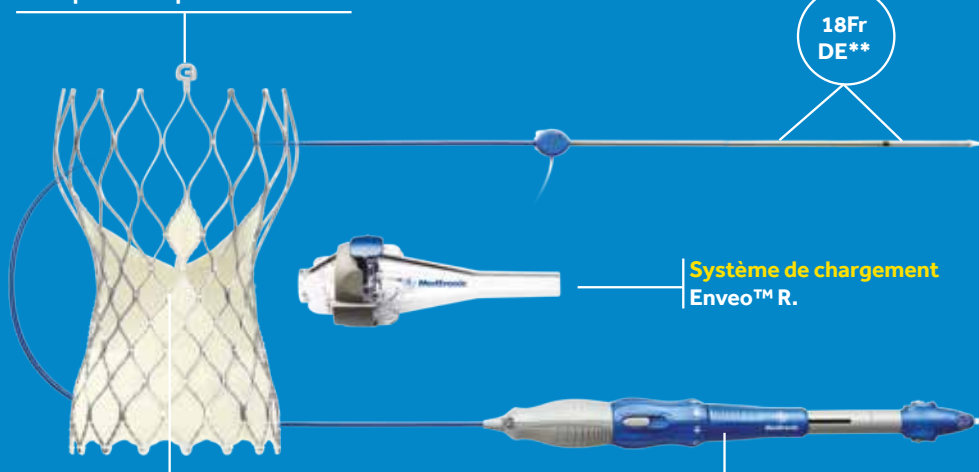
EVOLUT™ R

SYSTÈME DE VALVE AORTIQUE TRANSCATHÉTER

Le système de valve aortique transcathéter Evolut™ R offre la possibilité de recapturer* et repositionner la valve pendant la procédure si besoin, rendant ainsi son déploiement stable et plus précis¹.

Son nouveau système de largage Enveo™ R, 14Fr, peut maintenant être introduit dans des vaisseaux ≥ 5 mm de diamètre pour l'abord transartériel. La valve Evolut™ R existe en 23, 26 et 29 mm.

Valve auto-expansible en Nitinol et en péricarde porc.



Positionnement supra-annulaire de la valve qui permet la coaptation et l'ajustement dans les anatomies noncirculaires, tout en se conformant à l'anneau natif.

Système de chargement Enveo™ R.

Système de largage Enveo™ R.



La gaine évasable + la flexibilité du cathéter = auto-centrage de la valve.



Réponse 1 : 1, aucun décalage entre la poignée et le retrait de la gaine lors du déploiement.

* Dès que la bande de repérage de la capsule radio-opaque atteint l'extrémité distale de la palette de fixation radio-opaque, la recapture n'est plus possible.

** Diamètre externe.

¹ comparé au système CoreValve précédent.

CoreValve® Evolut™ R est un dispositif médical implantable de classe III, fabriqué par Medtronic CoreValve®, LLC - CE n°0050.

Le système CoreValve™ Evolut™ R est indiqué pour les patients présentant une sténose symptomatique de la valve aortique native ou une sténose ou insuffisance (ou combinaison des deux) de la valve bioprothétique chirurgicale nécessitant un remplacement de la valve pour les patients présentant un risque élevé ou supérieur pour la chirurgie de remplacement de la valve aortique* OU âgés de ≥ 75 ans et présentant un risque intermédiaire pour la chirurgie de RVA (score STS $\geq 4\%$ ou estimation de la mortalité hospitalière $\geq 4\%$ telle qu'évaluée par l'équipe pluridisciplinaire)**.

Les valves CoreValve® Evolut™ R 23, 26 et 29 mm sont inscrites sur la LPPR : code 3267005 uniquement pour les indications (risque élevé ou supérieur)*. L'indication (risque intermédiaire)** n'est pas inscrite sur la LPPR. Lire attentivement la notice du produit avant toute utilisation.

Medtronic France S.A.S.
27 Quai Alphonse Le Gallo - CS 30001
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : 01 55 38 17 00
Fax : 01 55 38 18 00
RCS Nanterre 722 008 232

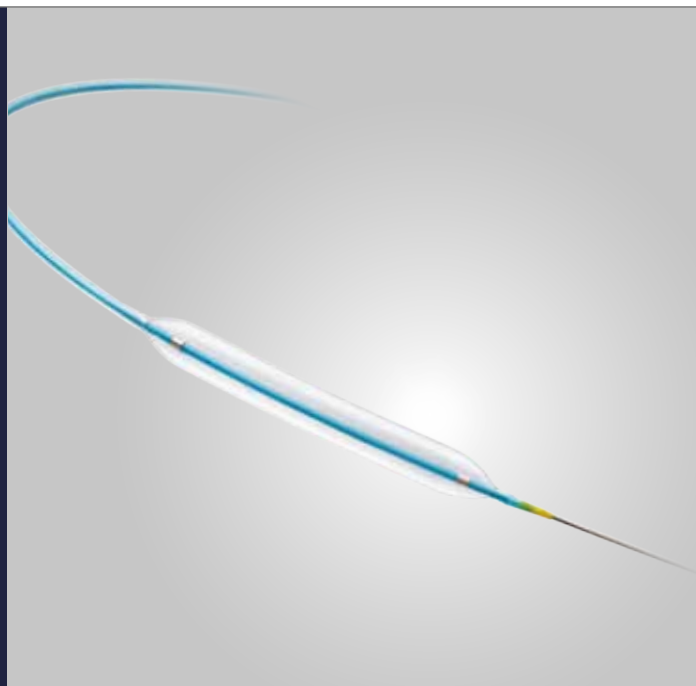
www.medtronic.fr

UC201604130FF © Medtronic France 2015
Créé en novembre 2015 par Antigone Communication -
Tél. 04.72.14.13.03. Tous droits réservés

* Avancer, Ensemble

Medtronic
Further, Together®

NC EUPHORA™ CATHÉTER À BALLONNET NON-COMPLIANT À ÉCHANGE RAPIDE



- Le cathéter à ballonnet non-compliant NC Euphora™ offre une capacité de poussée et de progression améliorées permettant une meilleure délivrabilité*, une pression de rupture théorique élevée pouvant atteindre 20 atm. Les performances optimisées du refranchissement et de la durabilité permettent un déploiement fiable dans les lésions longues et complexes*.
- 59 tailles de ballons non-compliants
- Diamètres de 2,00 mm à 5,00 mm (1/4 de taille disponibles)

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES	MEDTRONIC	
	BALLONNET NC EUPHORA™	BALLONNET NC SPRINTER®
Pression nominale (atm)	12	10
Pression de rupture théorique (atm)	20	18
Résistance à la pression (cycles jusqu'à la pression de rupture théorique)	20	10
Diamètre externe distal du cathéter (F) 2,00 mm - 3,75 mm 4,00 mm - 5,00 mm	Droit 2,5 Droit 2,7	Courbe 2,6 et 2,4 Droit 3,0
Composition des marqueurs	Platinum iridium	Or
Profil d'entrée (po)	0,015	0,016

*Evaluation report n° 10121590DOC - Page 29 (comparé à NC Sprinter®)

NC Euphora™ est un dispositif médical de classe III, fabriqué par Medtronic Inc. - CE 0086.

Ce dispositif est indiqué :

- Pour la dilatation par ballonnet du segment sténosé d'une artère coronaire ou d'une sténose au niveau d'un pontage afin d'améliorer la perfusion du myocarde.
- Pour l'expansion post-déploiement des stents expansibles par ballonnet.

Lire attentivement la notice du produit avant toute utilisation.

Medtronic France S.A.S.
27 Quai Alphonse Le Gallo - CS 30001
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : 01 55 38 17 00
Fax : 01 55 38 18 00

RCS Nanterre 722 008 232

www.medtronic.fr

UC201604206aFF © Medtronic France 2016.
Tous droits réservés. Modifié en octobre 2016 par
Antigone Communication - Tél. 04.72.14.13.03.

* Avancer, Ensemble

Medtronic
Further, Together*



CARDIAC INTERVENTION



NOUVEAU MICROCATHETER POUR CTO DE MERIT MEDICAL



PROGRESSION, PUSH, VISIBILITE

Le microcathéter **SURECROSS® 0.014** est hydrophile sur 40 cm pour offrir une progression en douceur dans les parties sinueuses.

Son extrémité est munie de marqueurs radio-opaque en platine (2 mm de la distalité) afin d'optimiser la précision du positionnement.

Son corps est conçu pour optimiser la poussée et la flexibilité tout en maximisant le support du fil-guide afin de permettre la progression et le franchissement des lésions.

Son extrémité distale est effilée en **1.5F** facilitant le franchissement des lésions grâce à l'excellente transition vers le fil guide.

La transition de bas profil et douce du microcathéter au fil guide, permet d'obtenir un support de franchissement exceptionnel (diamètre interne = 0.015").

SURECROSS® est compatible avec les cathéters-guide à partir de 5F et disponible en deux longueurs : 135 et 150 cm.

Références :

K12-09125 Surecross® 0.014 – 135cm avec robinet une voie

K12-09126 Surecross® 0.014 – 150cm avec robinet une voie



Figulla® Flex II

The Third Generation ASD, PFO and UNI Occluders

A track record of innovation, performance and safety

Since developing the first unique Occlutech occluder in 2003, over 20,000 ASD and PFO occluders have been delivered to over 50 countries around the world. Occlutech's track record regarding performance and safety is excellent while we are still dedicated to innovating and constantly improving our products. The very flexible technology allows our products to adjust and fit a wide variety of geometries. Flex II, the third generation occluder, is now launched following what likely is already one of the best performing range of products available.

Unique new features

The Flex II range of occluders has been developed in order to fulfil Occlutech's strive for constant innovation and improvement and incorporates several new features:

- New braiding - minimizing the amount of material on the left atrial disc
- Improving delivery sheath compatibility
- New shapeable delivery system tip – allows a pre-set configuration for the advanced procedure
- Flexible delivery system allowing to-the-point placement while minimizing any unwanted drag or pull on the implan

ASD

PFO

UNI

Figulla® Flex II

Perfecting Performance

Superior design

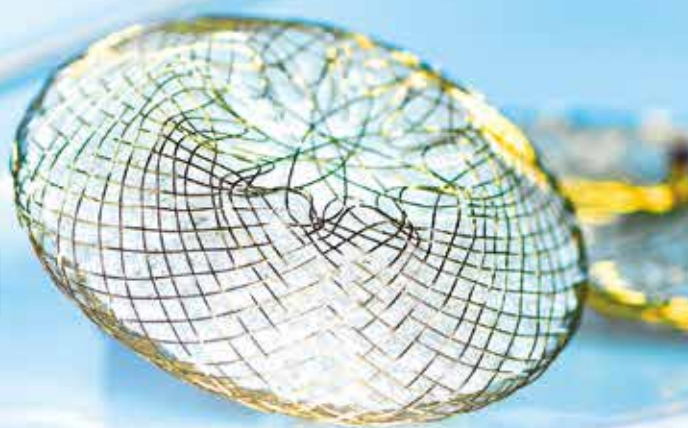
The new Figulla Flex II uses Occlutech's unique design capability of individually braiding the occluder with different patterns along the occluder. The distal disc has a different pattern than the proximal disc, giving the product a lower profile while advanced in the delivery catheter.



Superior surface technology



Soft atraumatic tip



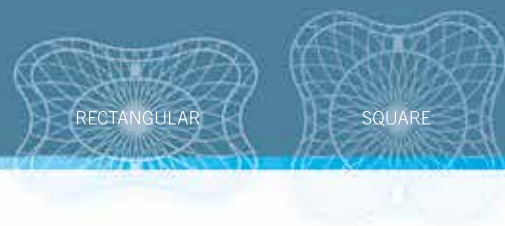
www.occlutech.com

© Occlutech 2015, All rights reserved.

 Occlutech®

Occlutech® PLD

Paravalvular Leak Device



Product Features:

The Occlutech PLD is an ideal device for closing paravalvular leaks as it offers a range of unique features:

- Unique braiding avoiding a distal hub giving flexibility and adaptability
- Placement is facilitated by two gold markers
- High success rate in achieving complete closure
- Repositionable and fully retrievable
- No interference with the prosthetic valve leaflets
- Non-thrombogenic
- Requires only small delivery sheaths, allowing placement in tight and tortuous leaks
- No interference with flow dynamics
- Delivery allowed transapically or transfemorally
- User-friendly and easy to use

Waist & Twist

The Occlutech PLD is available with two types of connections between the discs, **Waist** or **Twist**. Example below shown on a Occlutech PLD Square.



Occlutech® PLD

Perfecting Performance

in Paravalvular Leak Closure

www.occlutech.com

© Occlutech 2014. All rights reserved.





PHILIPS

 **VOLCANO**

SyncVision

SyncVision

Philips Volcano console de travail pour les salles de cathétérisation

La société Philips Volcano lance SyncVision, une nouvelle console de travail pour les salles de cathétérisation. SyncVision fournit un traitement en temps réel des images reçues de différentes sources. Les praticiens sont désormais capables de naviguer simultanément sur un angiogramme et sur l'imagerie IVUS grâce à une synchronisation des données Rayon-X et des données endo-coronaire générées par la sonde digitale Eagle Eye Platinum.

Le système SyncVision est conçu pour compléter le luminogramme de l'arbre coronaire avec la visualisation précise des structures de vaisseaux issue de l'IVUS. Les praticiens peuvent maintenant bénéficier d'un accès simplifié à deux sources d'information complémentaires pour faciliter la prise de décision et optimiser la prise en charge des pathologies coronaires.

En plus de la synchronisation totale entre l'image de coronarographie et l'imagerie endo-coronaire, SyncVision fournit des quantifications des structures artérielles pour une meilleure planification et intègre des techniques innovantes de traitement d'image à la volée. L'image délivrée par le système à Rayon-X s'en trouve grandement améliorée et permet ainsi de visualiser les endo-prothèses coronaires de manière automatique et plus détaillée quand l'acte de traitement exige la plus grande précision.

Ce nouveau système comprend deux modules fondamentaux: Angio+ et la synchronisation des images IVUS, pour accompagner les praticiens dans toutes les phases de prise en charge. SyncVision se positionne dans le rang des outils interventionnels indispensables pour chaque patient et pour chaque procédure.

SyncVision est compatible avec les systèmes de coronarographie standards et uniquement avec les systèmes d'imagerie IVUS Philips Volcano.

© 2016 Koninklijke Philips N.V. All rights reserved.
Trademarks are the property of Koninklijke Philips N.V.
or their respective owners



Philips Volcano
Volcano Europe BVBA/SPRL
Excelsiorlaan 41, B-1930 Zaventem, Belgium
www.philips.com, www.volcanocorp.com

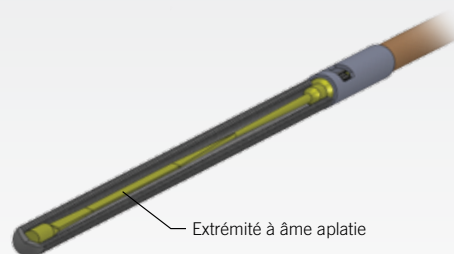


UNE MANIABILITÉ AMÉLIORÉE

Le PressureWire™ X, qui se distingue par son âme aplatie innovante, est le seul guide à permettre la mesure sans fil de la réserve coronaire (FFR)¹⁻⁵. Avec sa nouvelle extrémité souple plus durable et offrant de meilleures capacités de maintien de forme et de remise en forme⁶, le guide PressureWire X est conçu pour réduire le risque de traumatisme vasculaire⁷ tout en conservant une agilité exceptionnelle, même dans les anatomies tortueuses. Son revêtement hydrophile réduit considérablement la friction, améliore la maniabilité et facilite la pose des stents⁸.

Un nouveau degré de maniabilité

- Capacités de mise en forme et de remise en forme améliorées pour offrir un meilleur guidage⁹
- Maintien de forme optimisé pour offrir un meilleur comportement dans les configurations anatomiques complexes et en cas de retraits multiples⁹
- Nouvelle extrémité souple plus durable⁶ conçue pour protéger le vaisseau en cas d'anatomie tortueuse⁷ sans compromettre l'orientabilité ou la maniabilité⁹

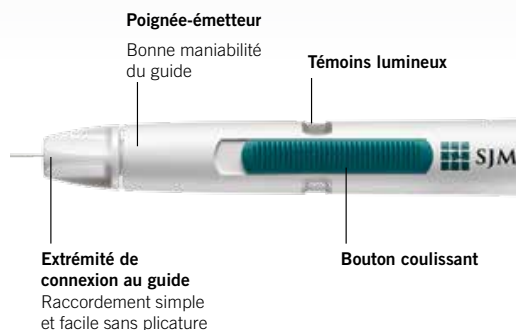


Précision et fiabilité

- La seule technologie de guide de pression à avoir fait ses preuves aux études cliniques FAME et FAME 2¹⁰⁻¹²

Mesure sans fil de la FFR

- Le PressureWire X (en configuration sans fil) est actuellement le seul guide de pression sans fil pour l'évaluation de la FFR¹⁻⁵.



1. Volcano Corp. Notices d'utilisation des guides Verrata™ et PrimeWire Prestige™ Plus.

2. Opsens Inc. Notices d'utilisation des guides OptoWire™ et OptoWire™ II.

3. ACIST Medical Systems. Notice d'utilisation du Navvus™ Microcatheter.

4. Boston Scientific Corporation. Notice d'utilisation du guide Comet™.

5. St. Jude Medical. Notice d'utilisation du guide PressureWire™ X.

6. St. Jude Medical. Rapport 90205458. Données archivées.

7. St. Jude Medical. Rapport 90205274. Données archivées.

8. St. Jude Medical. Rapport R2542-01. Données archivées.

9. St. Jude Medical. Rapport 90239691. Données archivées.

10. Tonino, P. A., Bruyne, B. D., Pijls, N. H., Siebert, U., Ikeno, F., Veer, M. V., [...] et Fearon, W. F. (2009). « Fractional Flow Reserve versus Angiography for Guiding Percutaneous Coronary Intervention ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 3, p. 213-224.

11. Pijls, N. H., Fearon, W. F., Tonino, P. A., Siebert, U., Ikeno, F., Bornschein, B., [...] et Bruyne, B. D. (2010). « Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention in patients with multivessel coronary artery disease: 2-year follow-up of the FAME study ». *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 56, n° 3, p. 177-184.

12. Bruyne, B. D., Pijls, N. H., Kalesan, B., Barbato, E., Tonino, P. A., Piroth, Z., [...] et Fearon, W. F. (2012). « Fractional Flow Reserve-guided PCI versus Medical Therapy in Stable Coronary Disease ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 11, p. 991-1001.

Note : Dispositif médical de classe III. Certifié CE par BSI0086. Fabriqué par St. Jude Medical. Le fil-guide PressureWire™ X est indiqué pour diriger un cathéter dans un vaisseau sanguin et pour mesurer des paramètres physiologiques dans le cœur et dans les vaisseaux sanguins périphériques et coronaires. Les paramètres physiologiques comprennent notamment la pression sanguine. Le fil-guide PressureWire™ X peut également mesurer la température du sang. Préalablement à toute utilisation de ces dispositifs, lire intégralement le mode d'emploi contenant la liste des indications, contre-indications, avertissements, précautions et complications potentielles, ainsi que les instructions d'utilisation.

Le produit cité a reçu le marquage CE.

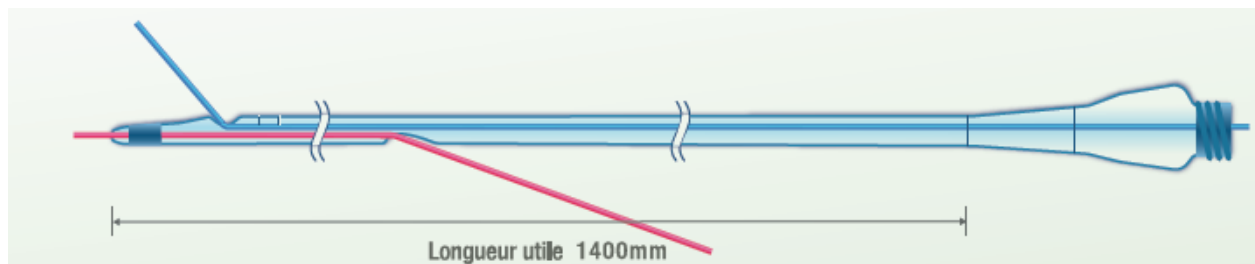
Sauf mention contraire, le symbole ™ indique un nom de marque appartenant à St. Jude Medical ou à l'une de ses filiales, ou exploité sous licence par l'une de ses entités. ST. JUDE MEDICAL et le symbole à neuf carrés sont des marques de St. Jude Medical, Inc. ou de ses filiales. © 2016 St. Jude Medical, Inc. Tous droits réservés.

 **ST. JUDE MEDICAL**

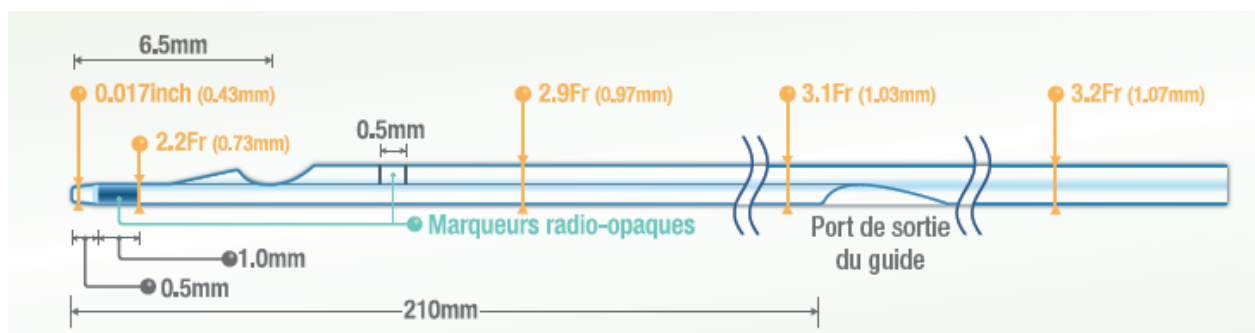
Fiche Technique: FineDuo®

Descriptif du dispositif :

Le FineDuo est un micro-cathéter multifonction à deux lumières pour l'accès aux branches filles, particulièrement utile pour la manipulation du guide lors des interventions de stenting de bifurcation.



Spécifications :



Référence	NC-D724
Diamètre interne minimum du cathéter guide compatible	0.056" (1.44 mm)
Diamètre maximum du guide compatible	0.014" (0.36mm)
Longueur utile	1400 mm

FineDuo® est exclusivement réservé aux professionnels de santé.

FineDuo® est destiné à être utilisé pour soutenir le guide dans le franchissement de la branche latérale et l'échange de guides au cours de l'angioplastie coronaire transluminale percutanée.

Se reporter aux instructions figurant sur le manuel d'utilisation.

Dispositif médical de classe III (TÜV Rheinland CE n°0197), non pris en charge par l'assurance maladie.

Terumo France S.A.S.
Bâtiment Renaissance
3 rond-point des Saules
78280 Guyancourt
Tel : 01 30 96 13 00
Fax : 01 30 43 60 85

Fabricant:
Kaneka Corporation
3-2-4, Nakanoshima, Kita-ku
Osaka 530-8288
Japon

Fiche Technique: Glidesheath Slender®

Descriptif du dispositif :

Le GlideSheath Slender® est un kit qui comprend un introducteur (une gaine et un dilateur), un mini guide métallique ou plastique et une aiguille de ponction. Il est conçu pour les procédures par voie radiale.

La gaine est recouverte du revêtement hydrophile M Coat™.

Le concept unique du Glidesheath Slender permet d'offrir une gaine d'un diamètre externe réduit de 1 Fr grâce à une gaine ultrafine. Le Glidesheath Slender est disponible en taille 5 Fr, 6 Fr et 7 Fr.



Kits et tailles disponibles :

Gaine de l'introducteur		Aiguille de ponction		Mini-guide	
5 Fr	10 cm 16 cm	Surflash®	20G	Plastique droit / angulé	0.021"
6 Fr			22G	Métallique	0.025"
7 Fr		En métal	20G	Métallique	0.018" ²
			21G		0,021"
			22G ¹		0,025"

¹ disponible uniquement dans les kits 5 et 6Fr

² disponible uniquement dans les kits 5 et 6Fr de longueur 10cm



Glidesheath Slender® est exclusivement réservé aux professionnels de santé.

Glidesheath Slender® sert à faciliter l'introduction sous-cutanée d'un cathéter dans l'artère radiale.

Classe du dispositif médical : IIa (CE TUV 0197)

Se reporter aux instructions figurant dans le manuel d'utilisation.

Terumo France S.A.S.

Bâtiment Renaissance
3 rond-point des Saules
78280 Guyancourt
Tel : 01 30 96 13 00
Fax : 01 30 43 60 85

Fabricant:

Terumo Corporation
44-1,2 Chome, Hatagaya
Shibuya-ku
Tokyo 151-0072
Japon

Fiche Technique: Ultimaster®

Descriptif du dispositif :

Le stent Ultimaster® est une endoprothèse coronaire à libération de Sirolimus à partir d'un polymère dégradable. Sa plateforme est en cobalt-chrome (CoCr) L605 et possède un revêtement abluminal constitué d'une matrice dérivée de l'acide polylactique (Poly-D,L-lactide-co-caprolactone) contenant le Sirolimus. Il est serti sur le ballonnet d'un cathéter d'angioplastie coronaire à échange rapide.

Le stent coronaire au CoCr Kaname™, plate-forme de l'Ultimaster®, est un stent flexible à mailles fines (80µm) et à cellules ouvertes, offrant une délivrabilité et un accès aux ramifications secondaires.

L'Ultimaster®, stent coronaire à libération de sirolimus est doté d'un revêtement constitué de deux couches: une couche primaire et une couche de matrice médicamenteuse. La couche primaire et le polymère de support du médicament, copolymère poly(D,L-lactide-co-caprolactone) doivent se dégrader en l'espace de 3-4 mois. Le revêtement médicamenteux est appliqué de façon abluminale, ce qui signifie que la face luminale du stent est dépourvue de médicament.



Tailles disponibles :

Longueurs (mm)	9 / 12 / 15 / 18 / 24 / 28 / 33 / 38
Diamètres (mm)	2.25 / 2.50 / 2.75 / 3.00 / 3.50 / 4.00

Ultimaster® est exclusivement réservé aux professionnels de santé.

L'Ultimaster®, stent coronaire à libération de sirolimus est indiqué pour améliorer la perfusion au niveau du myocarde chez les patients atteints de lésions sténotiques des artères coronaires.

Se reporter aux instructions figurant dans le manuel d'utilisation.

Dispositif médical de classe III (CE 0482 MedCert)

Fait l'objet d'une prise en charge au titre de la liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) prévue par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, pour les diamètres de 2.25 à 4.0 mm et les longueurs de 9 à 38 mm.

Terumo France S.A.S.
Bâtiment Renaissance
3 rond-point des Saules
78280 Guyancourt
Tel : 01 30 96 13 00
Fax : 01 30 43 60 85

Fabricant:
Terumo Europe N.V.
Interleuvenlaan 40
3001 Louvain
Belgique

58

Bloc notes

60

62



Une Confiance Fondée sur les Preuves Cliniques¹ et l'Expérience en Vraie Vie

 **Xarelto**[®]
rivaroxaban

Prévention des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et des embolies systémiques chez les patients adultes atteints de Fibrillation Atriale (FA) non valvulaire et présentant un ou plusieurs facteur(s) de risque, tels que : insuffisance cardiaque congestive, hypertension artérielle, âge $\geq$ 75 ans, diabète, antécédents d'AVC ou d'accident ischémique transitoire. 20 mg en une seule prise /j.*[▲]

Compte tenu de l'absence d'antidote et en l'absence de possibilité de mesure du degré d'anticoagulation en pratique courante, la prescription de Xarelto[®], dans cette indication est préconisée en 2^{ème} intention, à savoir dans les cas suivants : - chez les patients sous AVK, mais pour lesquels le maintien de l'INR dans la zone cible (entre 2 et 3) n'est pas habituellement assuré malgré une observance correcte ; - chez les patients pour lesquels les AVK sont contre-indiqués ou mal tolérés, qui ne peuvent pas les prendre ou qui acceptent mal les contraintes liées à la surveillance de l'INR. (Avis Commission Transparence - Décembre 2014)

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de santé doivent déclarer tout effet indésirable suspecté

Mentions légales disponibles sur la base de données publique
des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>)
et sur le site Bayer (<http://www.bayer.fr>)



* En cas d'insuffisance rénale modérée (Clairance de la Créatinine selon la formule de Cockcroft-Gault de 30 à 49 ml/min) : 15 mg 1x/j. Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (ClCr de 15 à 29 ml/min), Xarelto[®] doit être utilisé avec prudence. L'utilisation n'est pas recommandée chez les patients dont la clairance de la créatinine est $<$ 15 ml/min.

▲ RCP : Résumé des caractéristiques du produit

1 ROCKET-AF : Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al. Rivaroxaban versus Warfarin in non-valvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365(10):883-91-Etude retenue lors de l'évaluation du dossier d'AMM et du dossier de transparence

NuMED

LA SOLUTION des valvuloplasties efficaces

Med Impulse



CPSTENT (remboursé LPPR)

le pré-stenting pour
valve implantable

BIB Ballon

exceptionnel pour le stenting
de gros diamètre



NUCLEUS

ballon de valvuloplastie aortique
d'une incomparable stabilité

Rue de la Gare - 78890 Garancières

Tél. : 01 34 86 67 10 - Fax : 01 34 86 49 83 - e-mail : jnp@med-impulse.fr