

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Intervenant : Sarah Vialle, Massy

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

Prévention et gestion

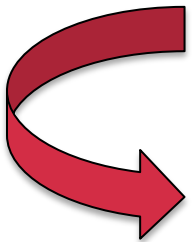
Des complications du TAVI

En salle de cathétérisme

Introduction

- Indications :
 - Patients de plus de 75 ans ayant un RAC serré
 - Evalués comme étant de risques intermédiaires à contre-indiqués à la chirurgie conventionnelle

(selon les recommandations européennes de 2017)



Patients « fragiles » dits à risques

- Examens préopératoires :
 - Adopter la meilleure stratégie thérapeutique
 - Evaluer les risques de complications

DOSSIER RCP :

- ECG
- coronarographie + angiographie des MI
- scanner
- consultation anesthésie
- bilan bio de la veille

Complications Vasculaires

La voie d'abord principale prévalente : **trans-fémorale**

Risques principaux :

- Saignements
- Occlusion / dissection artérielle

Précautions standards :

- Etude préalable de la voie principale
- Ponction sous écho (recommandée) ou angiographie
- Utilisation de système de pré-fermeture artérielle
- Contrôle de l'anti-agrégation plaquettaire
- Contrôle angiographique en fin de procédure
- Surveillances cliniques et paracliniques

Voie d'abord accessoire :

- Permet les aortographies
- Contrôle angiographique de la voie d'abord principale
- Possibilité d'intervenir sur la voie d'abord principale si complication

⇒ Utilisation de la voie radiale ayant moins de complications vasculaires

Evaluation, surveillance points de ponction par aide opératoire à la réfection des pansements et sutures en fin de procédure.

Importance des transmissions IDE pour surveillance et suivi post-op optimale

Saignement post-fermeture:

- Utilisation d'un autre système de fermeture
- Ballon inflaté à la fuite pour arrêter le saignement temporairement, permet également d'apposer les fils à la paroi de l'artère
- Compression manuelle et/ou mécanique (fémoplastie)
- Brèche : stent couvert

Obstruction / dissection de l'artère :

- Dilatation périphérique : angioplastie
- Selon gravité appel à un chirurgien vasculaire

Complications neurologiques

- **AVC :**

- Embolique
- Hémorragique

Précautions standards :

- évaluation neurologique préopératoire (cognitive, motrice, sensorielle),
- surveillance de l'état neuro per et post procédure,
- gestion ACT

Troubles neurologiques qui apparaissent :

- Aviser : Cardiologue interventionnel et anesthésiste
- Décision d'examen diagnostique : scanner cérébral
- Prise en charge du patient pour les complications neurologiques et du suivi post-opératoire dans un service adapté

■ Douleur

- Veiller au confort du patient dès son installation
- Anesthésiste : sédations permettant confort et analgésie
- Anesthésie locale par Cardiologue interventionnel au point de ponction
- Surveillance et évaluation par l'équipe pluridisciplinaire

Trouble du rythme cardiaque

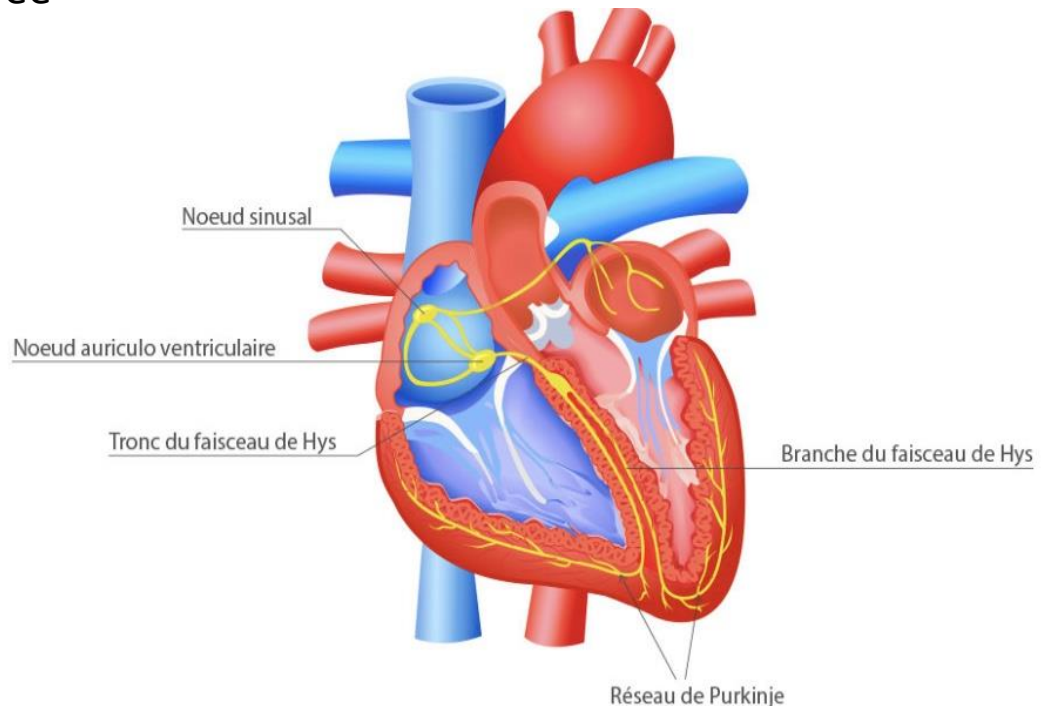
Risque principal :

BAV complet menant à une pose de PM définitif

Complications à prévalence élevée
(10 à 12%)

Les raisons

anatomiques :



Préventions standards:

- Analyse ECG au préalable
- Si bloc de branche préexistant : pose sonde de stimulation en début de procédure et évaluation de la nécessité d'un PM définitif à posteriori

Si BAV complet non anticipé : stimulation sur le guide et pose sonde d'entraînement en urgence (Kit d'urgence)

Evaluation cardiologique et rythmologique pour pose de PM définitif

Perforation du myocarde ou d'un vaisseau

Utilisation de guides métalliques rigides pouvant léser le VG ou un vaisseau

⇒ Hémorragie massive

Importance de la gestion et stabilité du guide

- Kit de drainage d'urgence présent en salle
- Transfert en chirurgie cardiaque

Déplacement/mal-apposition de la valve

Préventions standards :

- Scanner : analyse anatomique, choix taille et type de valve
- Aortographie pré-largage pour repères anatomiques
- Calcifications importantes : pré-dilatation?

Fuite para-valvulaire :

- Détectée à l'aortographie de contrôle, ETT post implantation, signe paraclinique (pression diastolique)

⇒ Post dilatation?

Déplacement de la valve dans le VG ou aorte :

- Implantation dans l'aorte avec la localisation la plus adaptée
- Chirurgie cardiaque en urgence

Complications aortiques

Risque majeur : Dissection aortique

Passage de matériaux rigides avec un calibre non négligeable risquant de léser la paroi aortique notamment au virage de la crosse aortique parfois calcifiée et aorte ascendante

Le « point fixe intelligent » : traction sur le guide
⇒ Évite le frottement du porteur sur la paroi aortique

Si dissection :

- Signes cliniques ou paracliniques?
- Evaluation de gravité et classification
- Traitement médical ? Endoprothèse? Chirurgie ?

Risques infectieux

Précautions :

- Respect des règles aseptiques et précautions standards (personnels et patients)
- Antibiothérapie prophylactique

Complications en lien avec les produits iodés

- **Allergie :**

Peu de risque de découverte car utilisation lors des examens préopératoires

Utilisation d'un autre produit de contraste

Protocole de préparation en cas d'allergie relatif au service, détersion cutanée avec produits non iodés

- **Préservation rénale :** Utilisation d'un produit de contraste dilué à 20%, hydratation du patient, Rénal Guard en cas d'insuffisance rénale significative

Conclusion

- **Depuis 10 ans : simplification de la procédure**
- **Amélioration du matériel :**
 - Diminution de la taille des désilets et matériaux
 - Nouvelles valves en étude (diminution de l'implantation de PM définitif)

- **Progression perpétuelle des équipes :**
 - Début des TAVI en 2002
 - Augmentation du nombre de procédures (élargissement de la population concernée)
 - Connaissances et formations rigoureuses des équipes
 - Conscience des complications possibles (anticipation)

⇒ Le savoir de l'expérience

▪ Etude Low Risk :

- Concerne les patients à faibles risques chirurgicaux de plus de 65ans en France
- Soit des patients avec peu de comorbidités donc moins de risques de complications
- Critère d'exclusion : bicuspidie

Le **TAVI** tend vers une diminution des complications per et post opératoires

Merci de votre attention