

TAVI : gestion des lésions coronaires associées

Nicolas Meneveau
CHU Jean Minjot, Besançon

Déclaration de Conflits d'Interêts

1 – Titulaire de brevets/Porteur de parts sociales ou membre d'une structure de gouvernance ou salarié	➤ NON
2 – Consultant ou membre d'un Conseil scientifique	➤ OUI
3 – Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents	➤ OUI
4 – Prise en charge de frais de voyages, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations	➤ OUI
5 – Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique	➤ OUI
6 – Co-Investigateur d'une étude clinique	➤ OUI

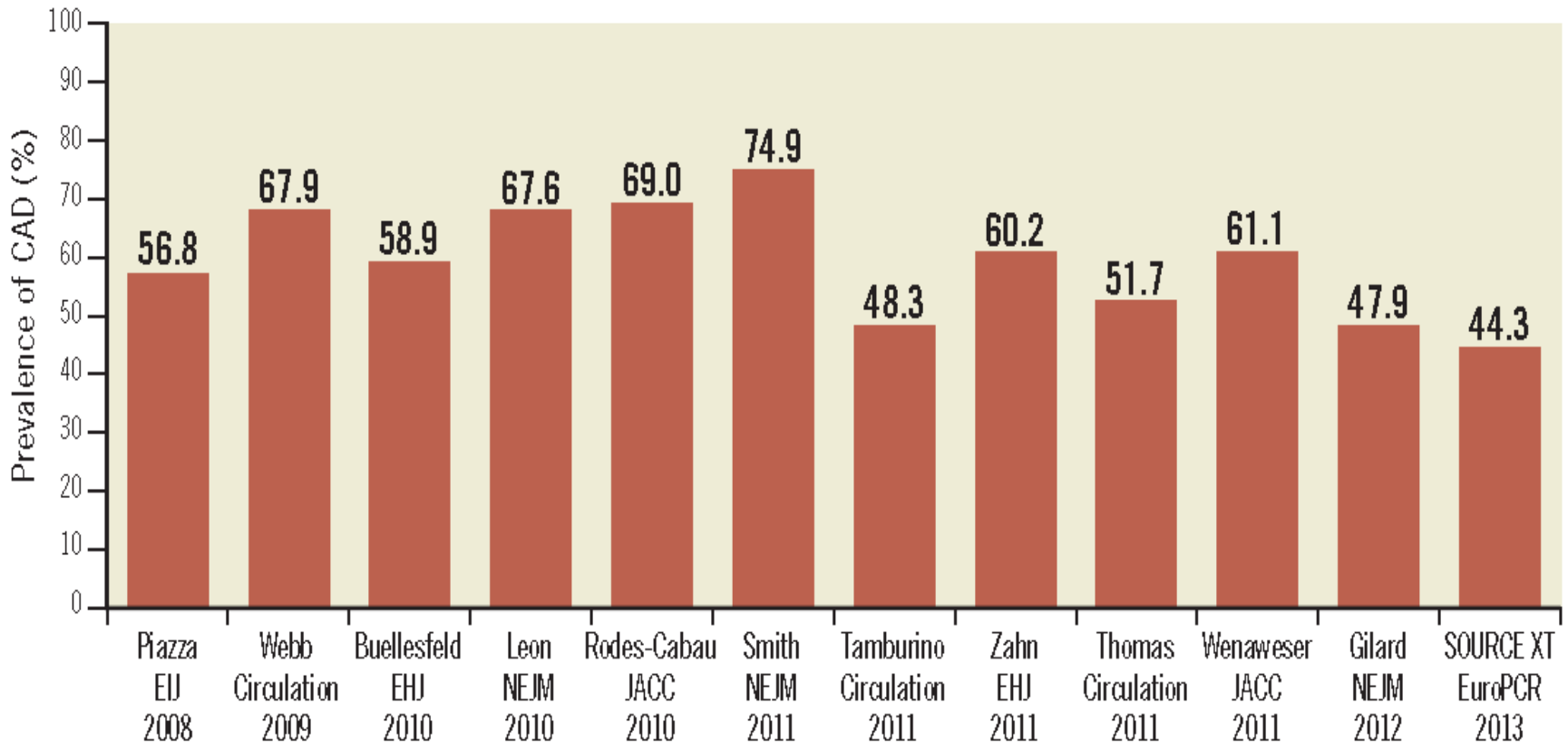
TAVI : gestion des lésions coronaires associées

- **Impact d'une coronaropathie chez les pts porteurs de RA ?**
- **Peut on les revasculariser et avec quel résultat ?**
- **Quelles lésions faut il revasculariser ?**
- **Quand faut il revasculariser ?**

Prévalence des coronaropathies dans les TAVI

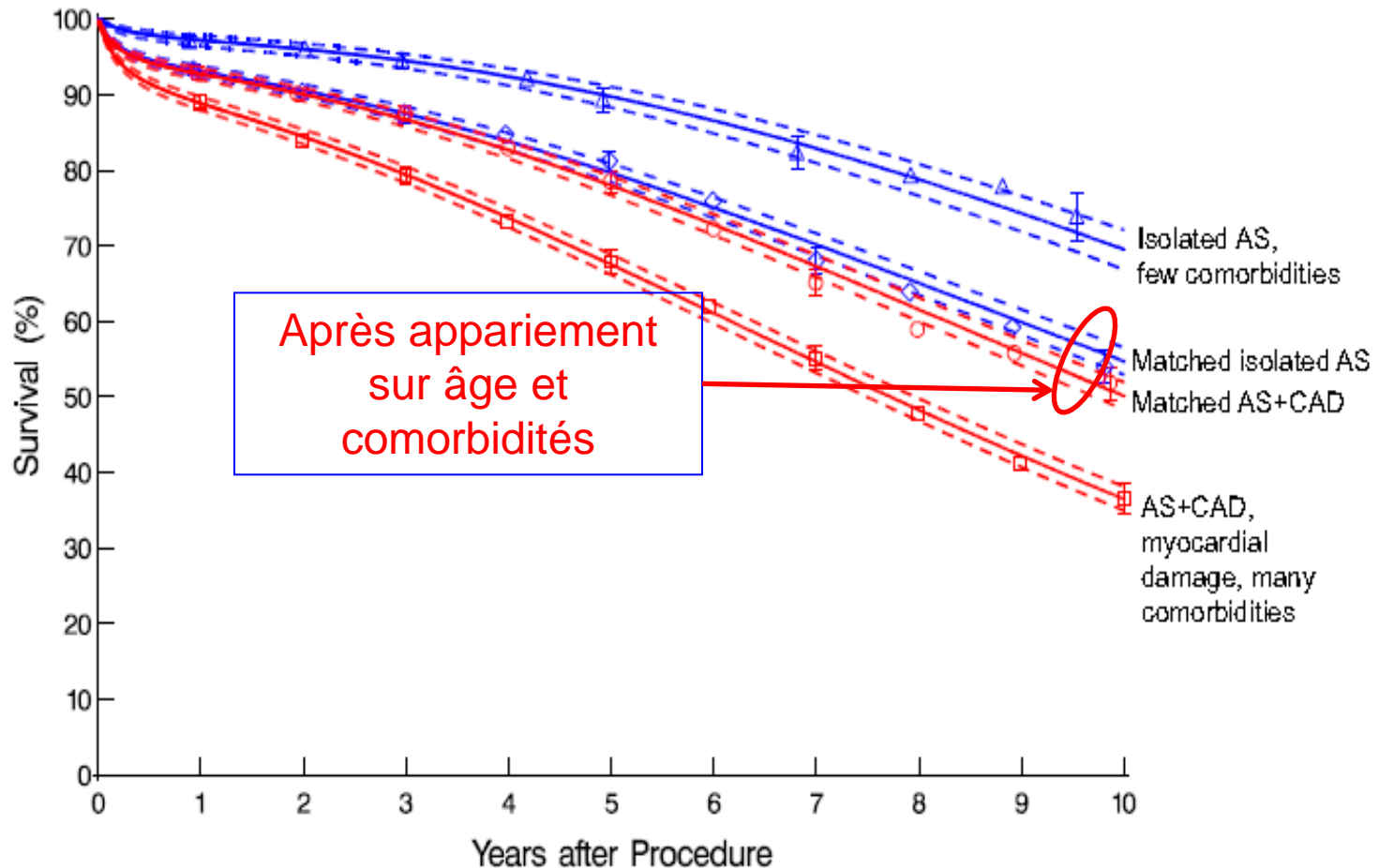
Prévalence :

- 50% chez Pts avec RAO \geq 70 ans
- 65% chez Pts avec RAO \geq 80 ans
- 43% France TAVI (1/01/2013-30/06/2015) : 12% ATCD PAC, 31% ATCD PCI



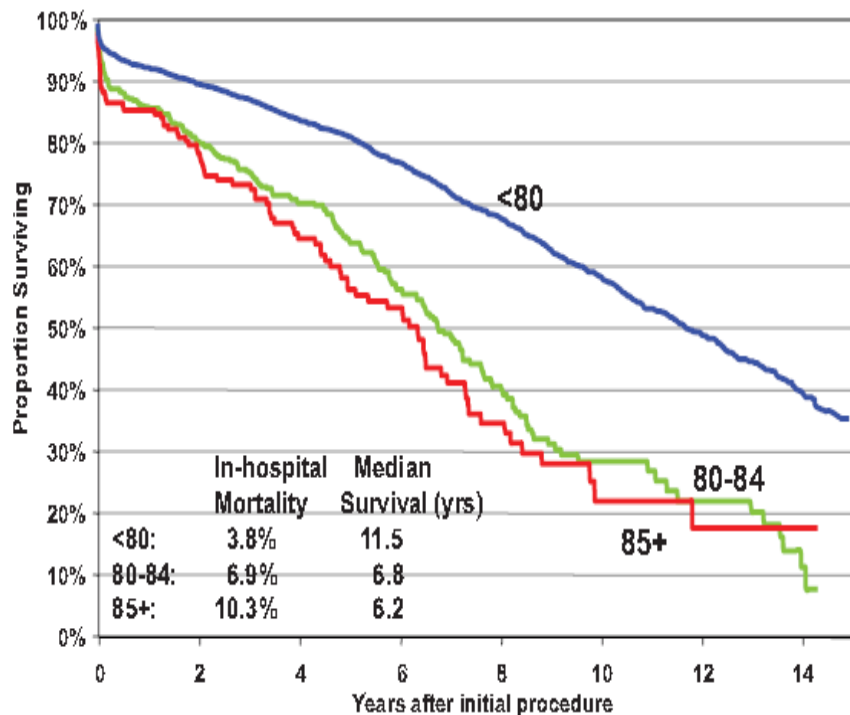
Impact de la revascularisation myocardique (PAC) dans le cadre d'un RVAo

Survie à 10 ans avec ajustement (propensity score & matching)

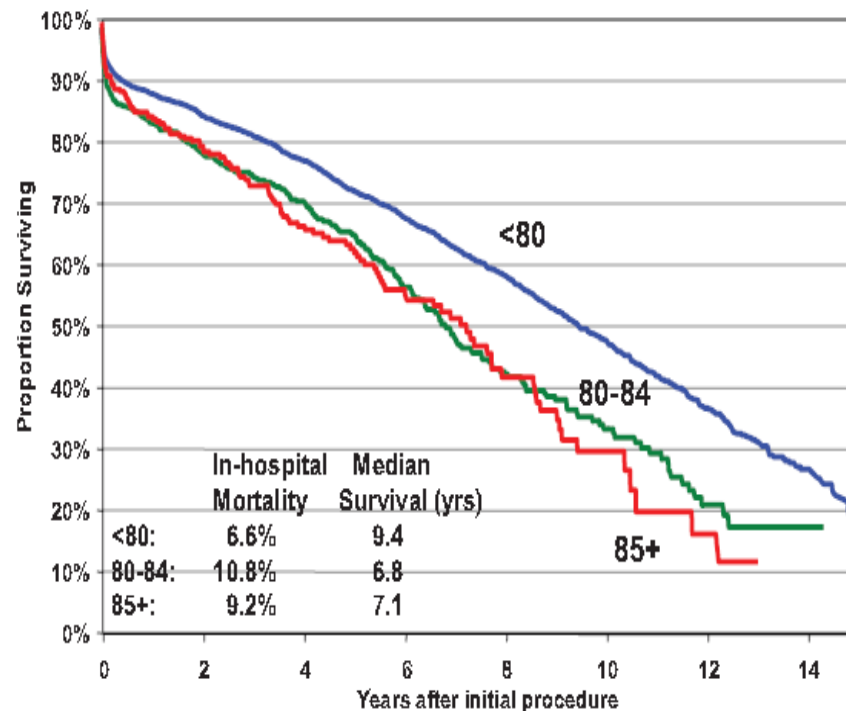


Association RVAo + PAC après 80 ans

RVAo



RVAo + PAC

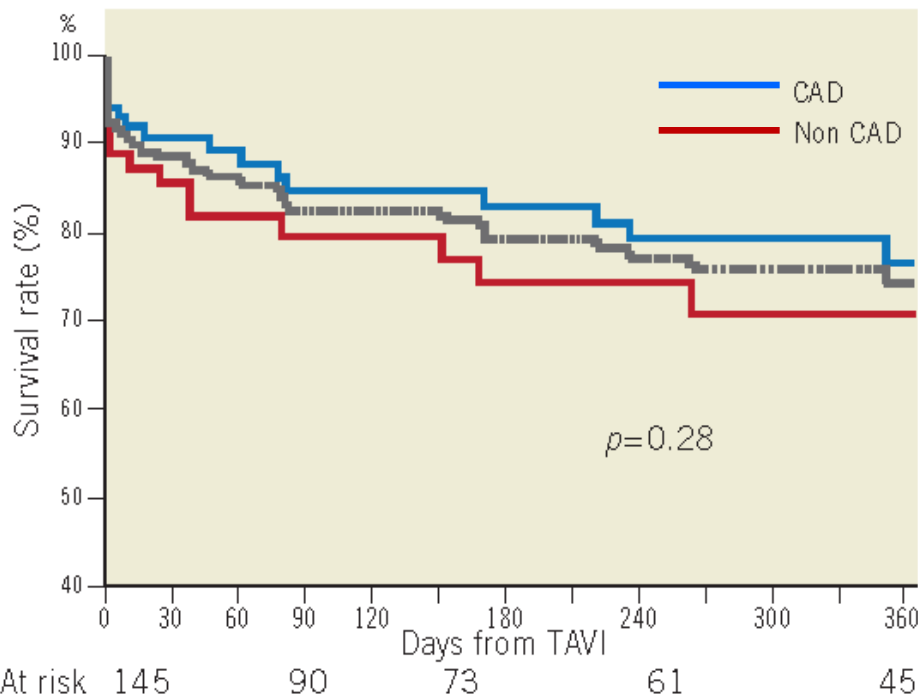


Pts > 80 ans et RVAo : survie à 6 ans > 50% inchangée en cas de PAC associé

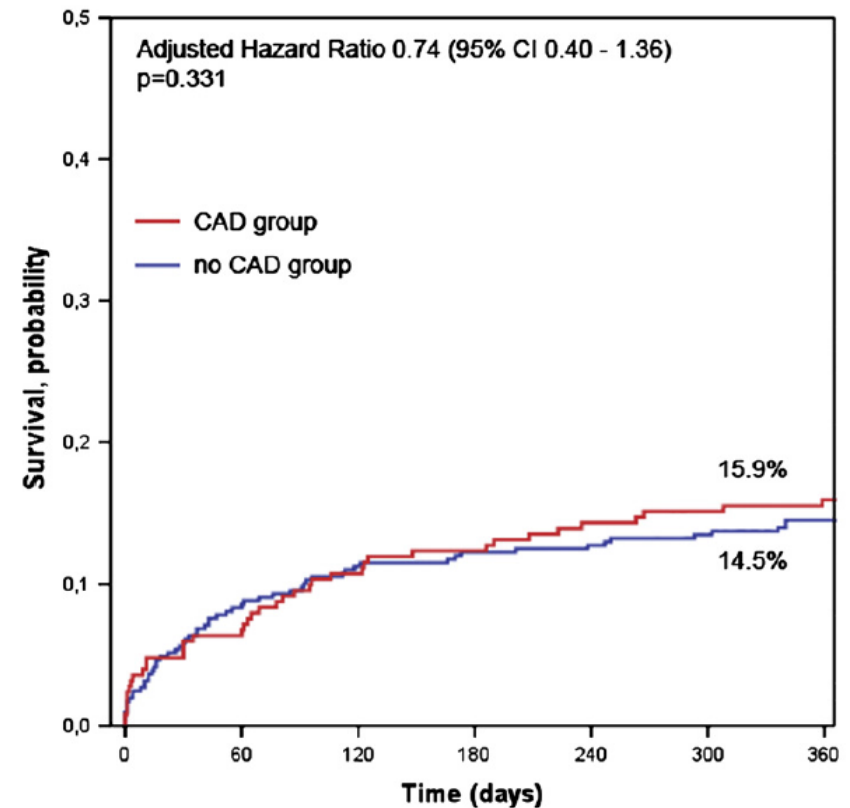
L'association RAo et coronaropathie n'impacte pas le pronostic post TAVI

- Série Bichat
- Coronaropathies : 63% ATCD
PAC/PCI, sténoses significatives

Italian Registry
- Coronaropathies : 38% ATCD
PAC/PTCA



Gautier et al EuroIntervention 2011;7:549-55.

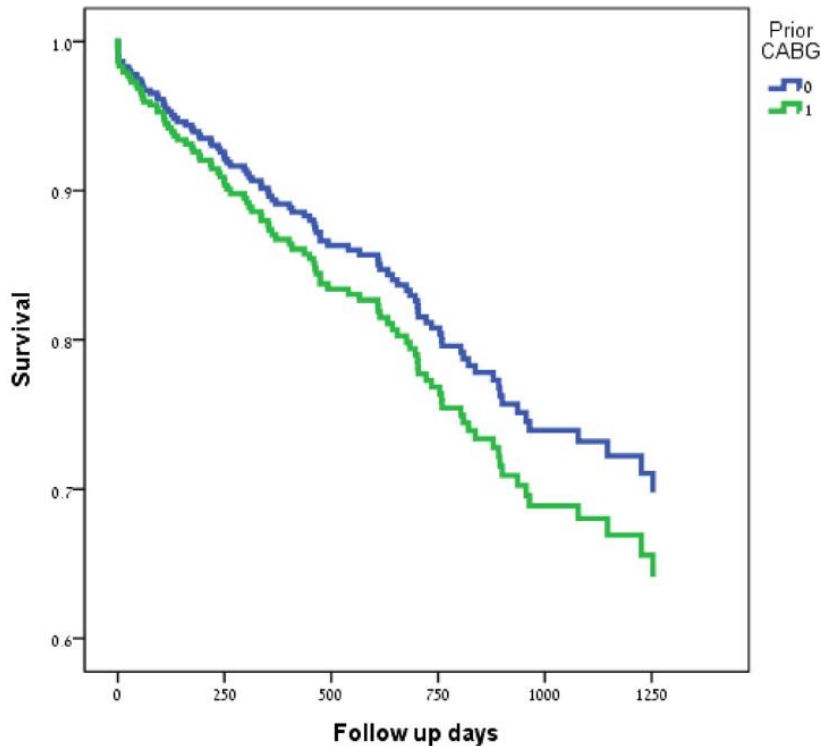


Ussia GP et al Int J Cardiol 2013;168:2528-2532.

Impact de la présence de pontages sur le pronostic post TAVI

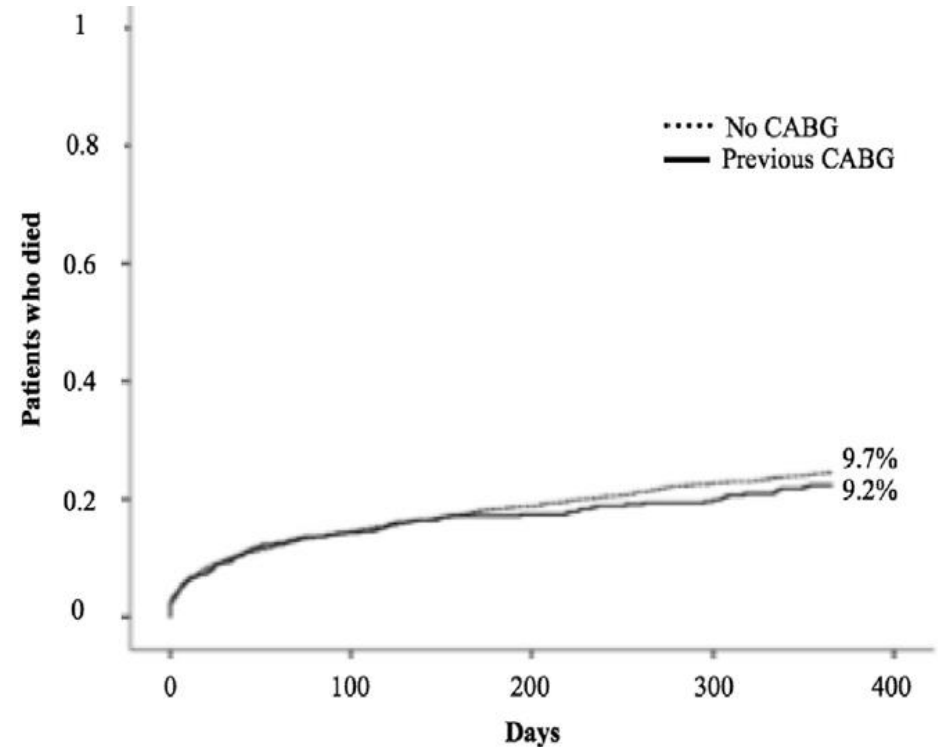
Registre Israélien

- 503 Pts
- PAC = 18% (N=91)
- Euroscore PAC : 32.8 vs 22



France 2

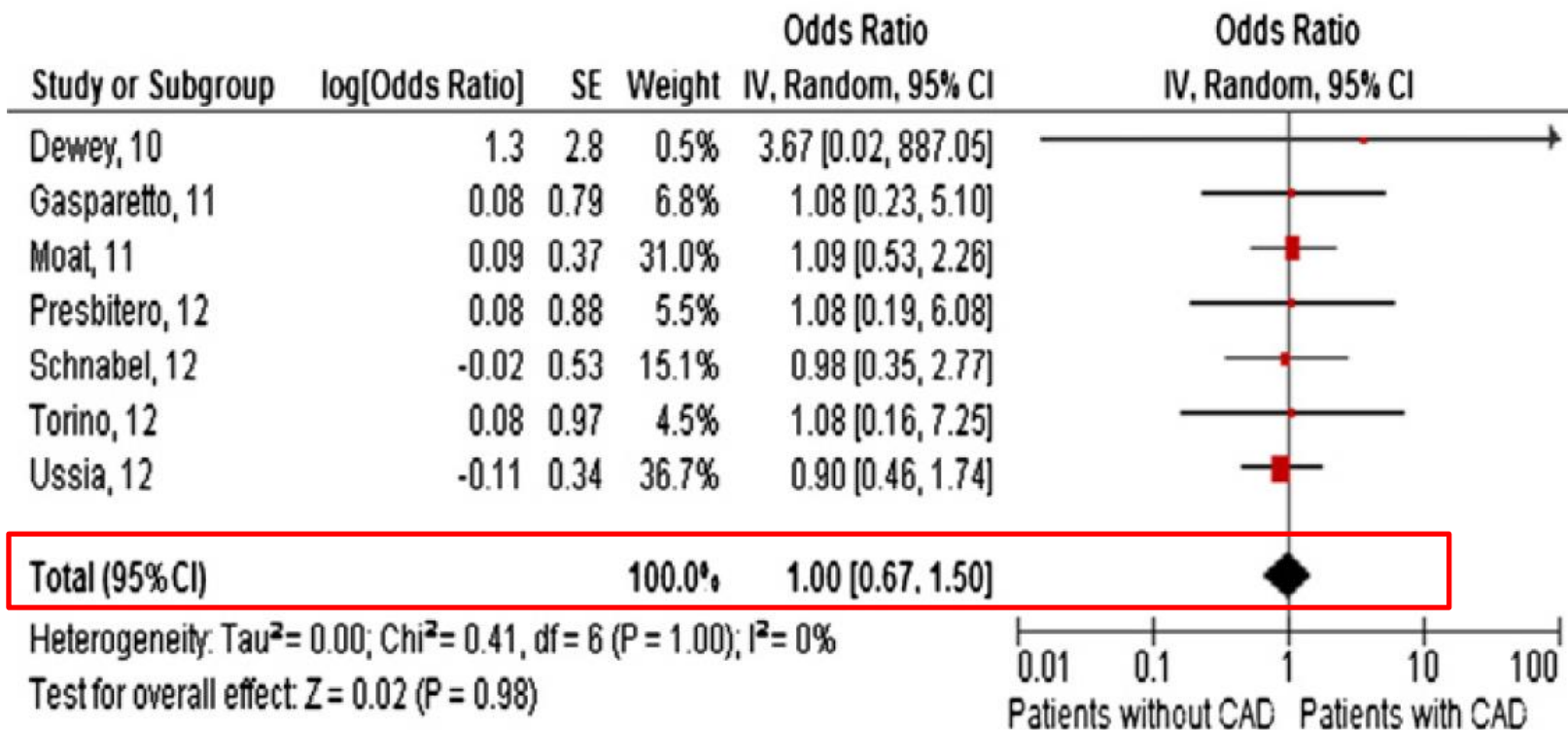
- 3761 Pts
- PAC = 18% (N=683)
- Euroscore PAC : 29.8 vs 20.1



Coronaropathie et TAVI : méta-analyse

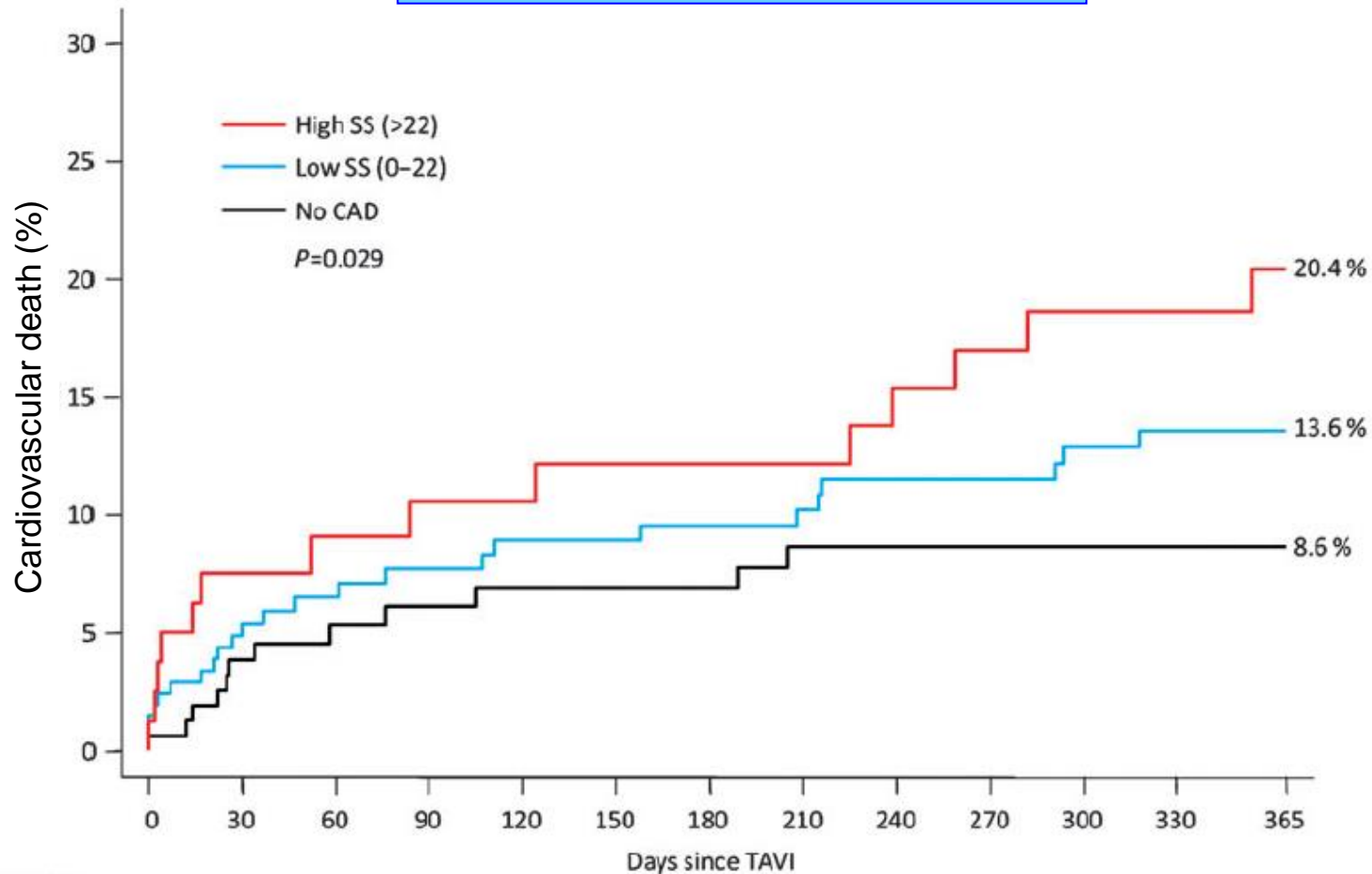
Méta-analyse

- 7 études, 2472 pts, 1169 Edwards SAPIEN, 1303 CoreValve
- Coronaropathie associée : 52%
- FUP median 452 j
- Mortalité : 24% [19-33]; Mortalité CV : 23% [14-32]



La sévérité de l'atteinte coronaire a un impact pronostique majeur

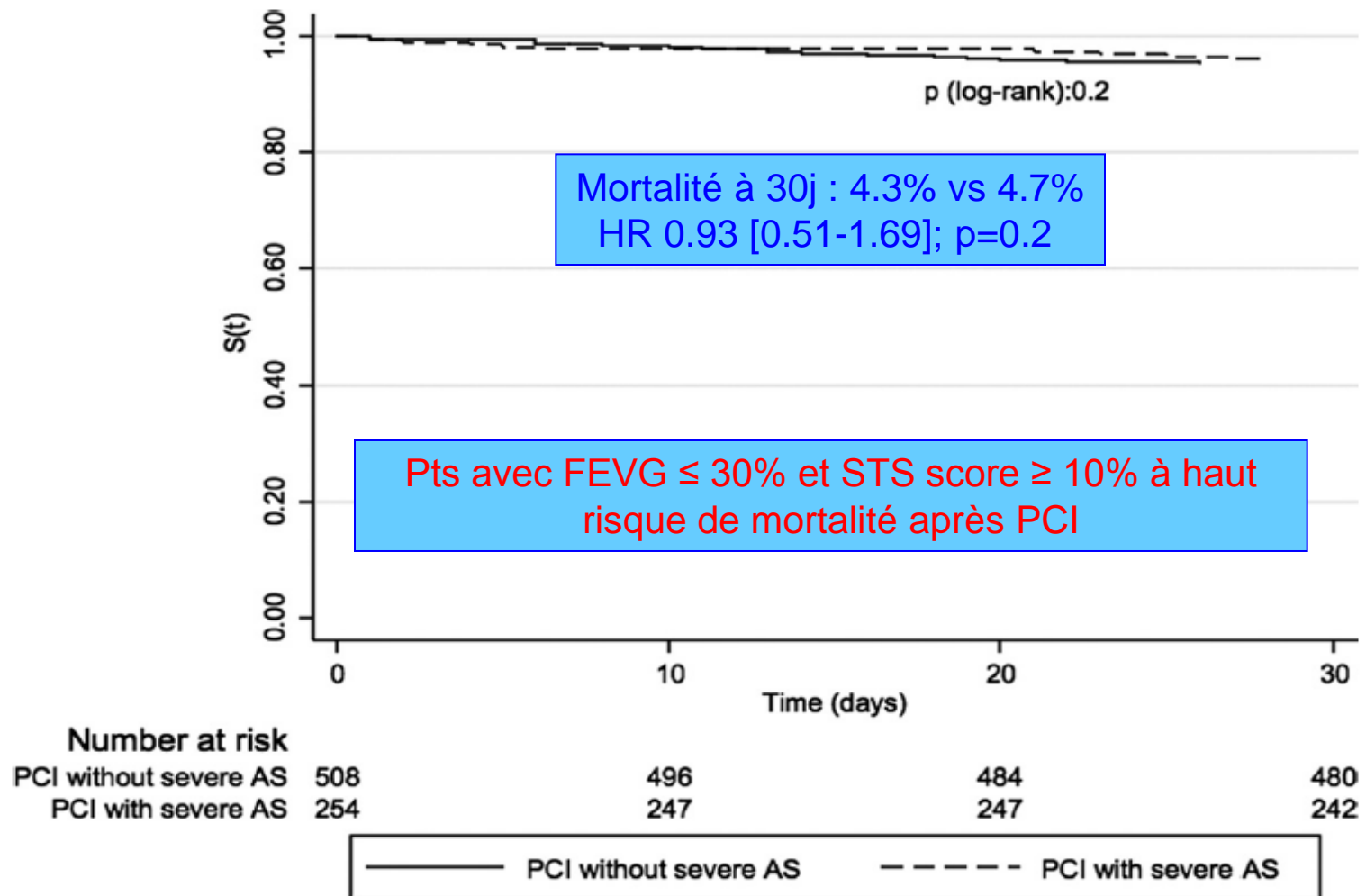
Importance du SYNTAX score



TAVI : gestion des lésions coronaires associées

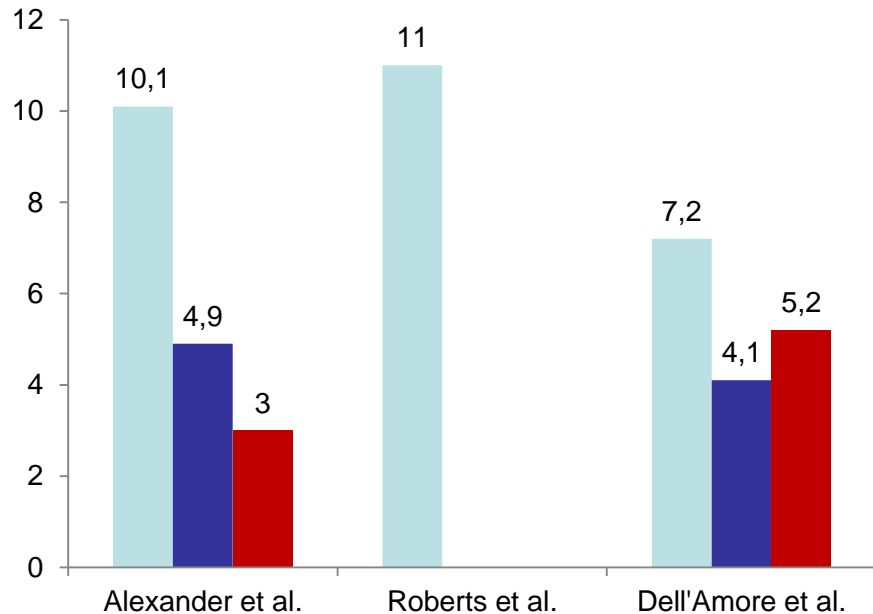
- **Impact d'une coronaropathie chez les pts porteurs de RA ?**
- **Peut on les revasculariser et avec quel résultat ?**
- **Quelles lésions faut il revasculariser ?**
- **Quand faut il revasculariser ?**

Peut on réaliser une angioplastie coronaire en présence d'un RAC serré ?

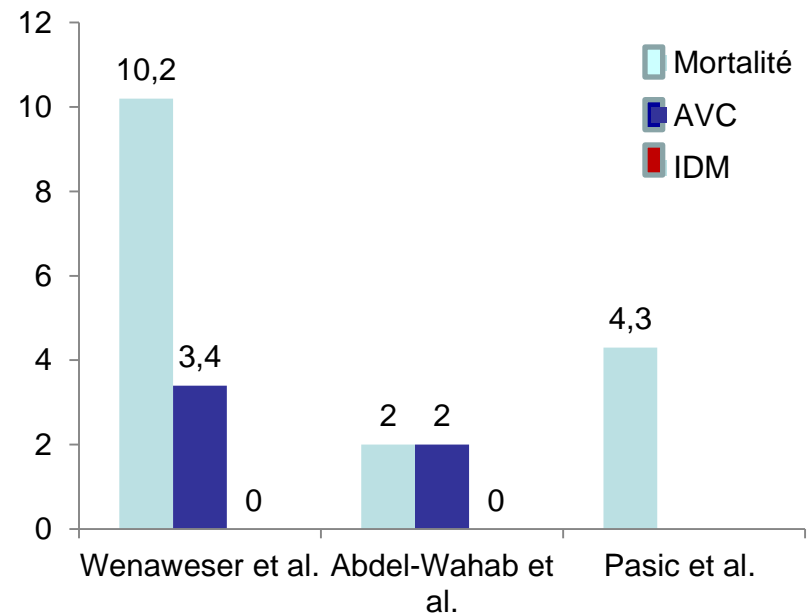


Pontages et RVAo versus PCI et TAVI

Pontages et RVAo
Suivi à 1 mois; Pts 82 ± 2.1 ans



PCI et TAVI
Suivi à 1 mois; Pts 83 ± 6.8 ans



Stefanini GG et al. Eurointervention 2013;9:S63-S68. Wenaweser et al. EuroIntervention 2011;7:549-55. Abdel-Wahad et al. Am J Cardiol 2012;109:581-6. Pasic et al. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2012;109:581-6.

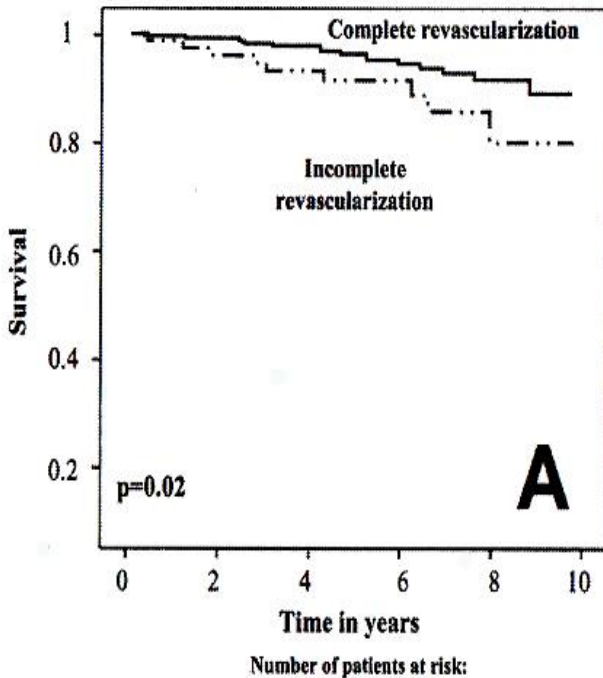
TAVI : gestion des lésions coronaires associées

- **Impact d'une coronaropathie chez les pts porteurs de RA ?**
- **Peut on les revasculariser et avec quel résultat ?**
- **Quelles lésions faut il revasculariser ?**
- **Quand faut il revasculariser ?**

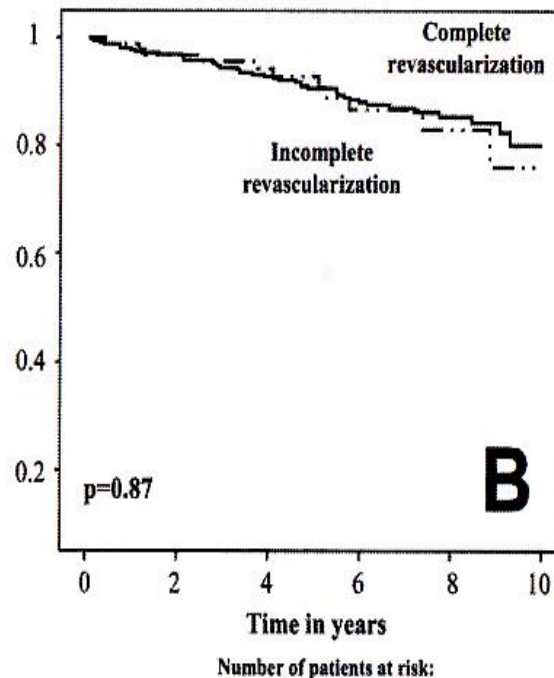
Impact d'une revascularisation complète en fonction de l'âge

Pas de bénéfice en terme de survie après 70 ans

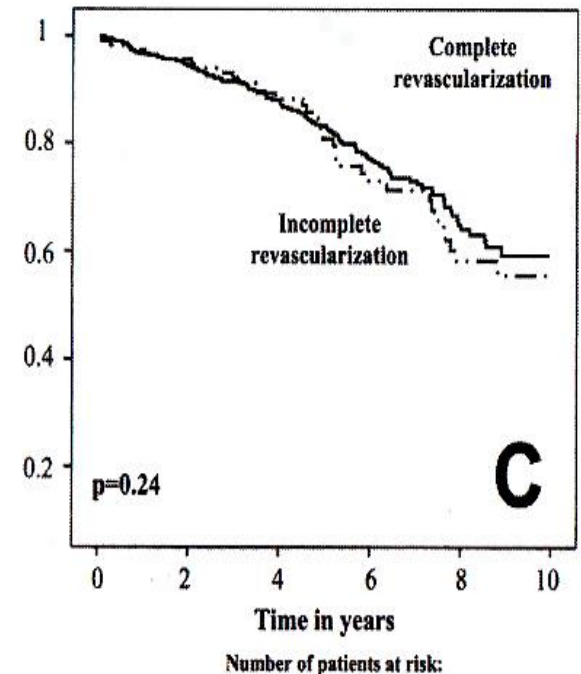
Pts \leq 60 ans



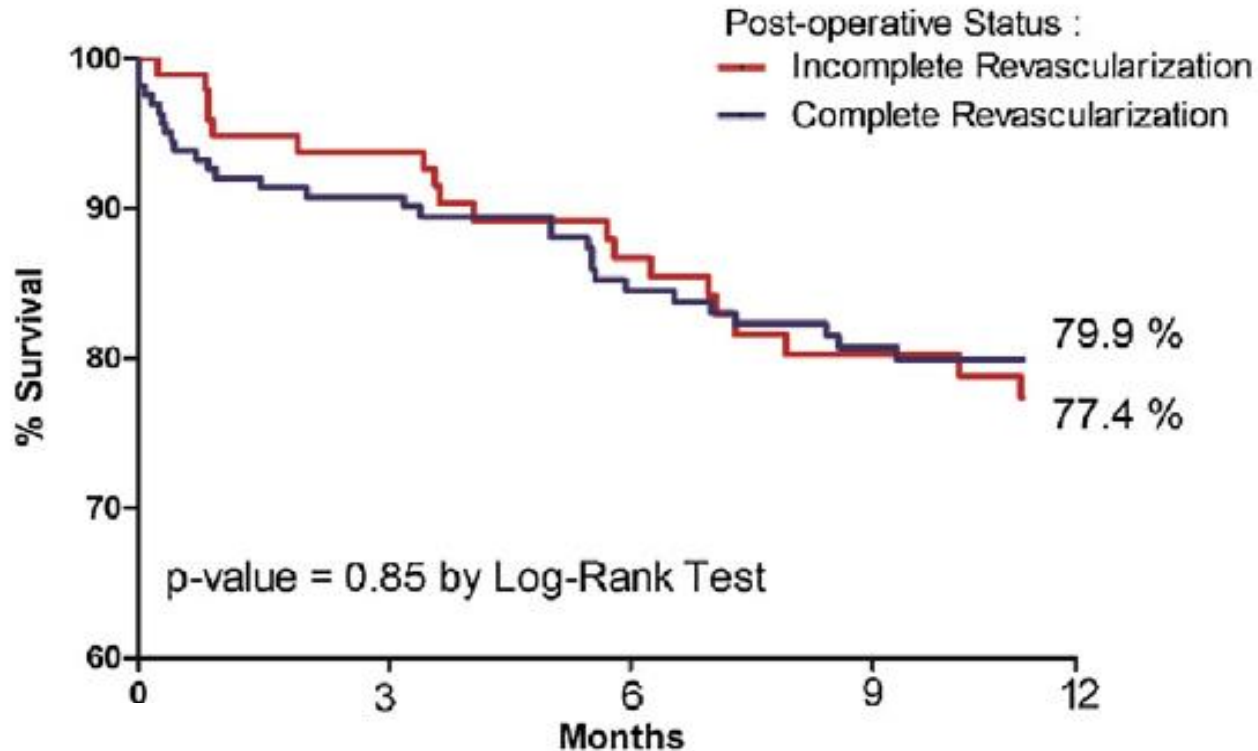
60 ans < Pts \leq 70 ans



Pts > 70 ans



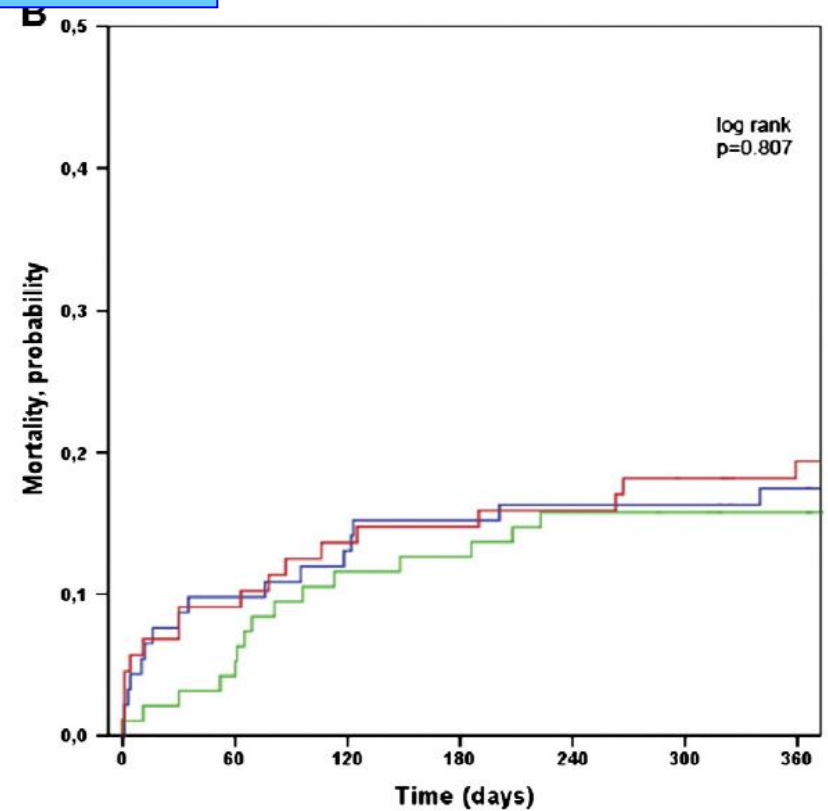
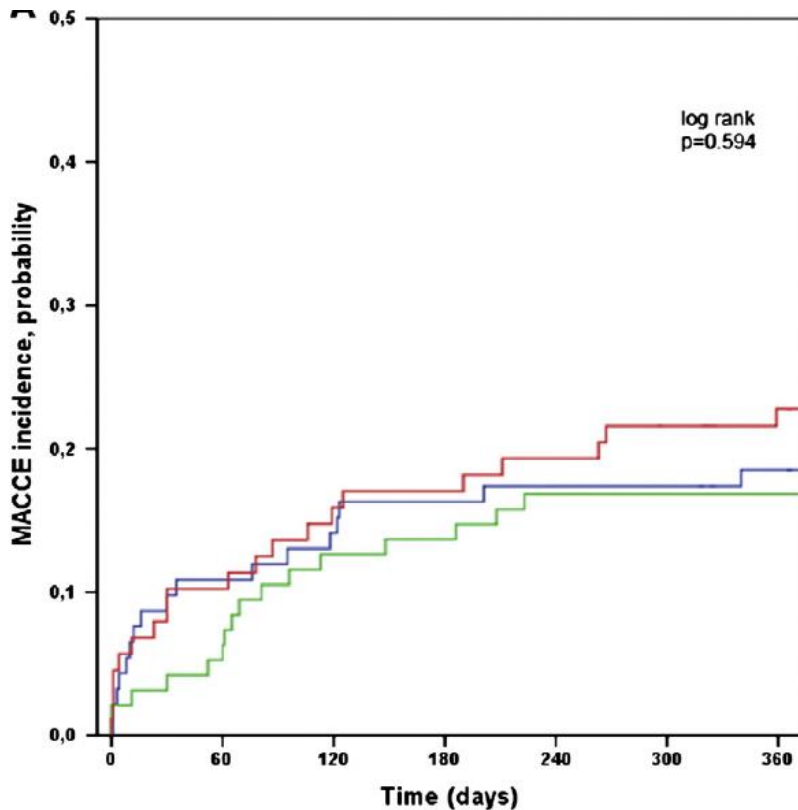
Une revascularisation complète n'est pas un prérequis avant TAVI



Plaide en faveur d'une stratégie de revascularisation sélective basée sur un consensus du Heart Team

Une revascularisation complète n'est pas un prérequis avant TAVI

Italian Registry
- 663 consécutifs Pts
- TAVI avec Corevalve (CRS 18 Fr)

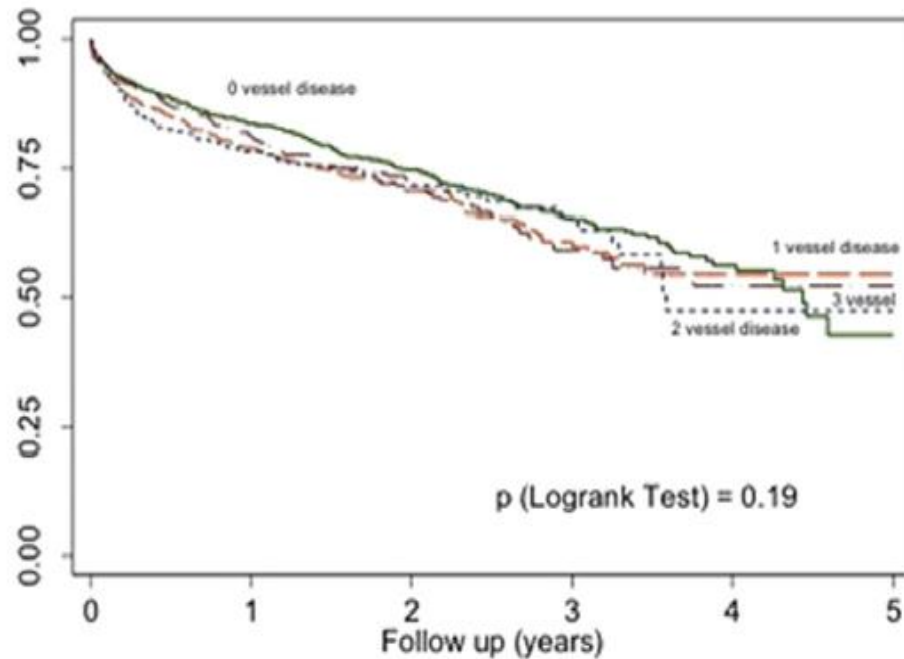


— Complete revascularization — Incomplete revascularization — No revascularization

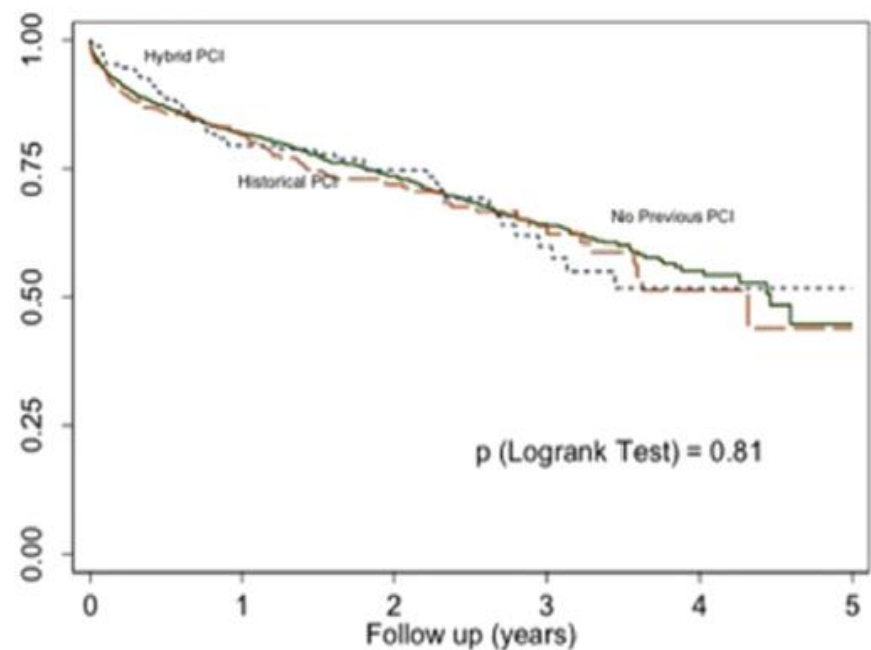
Doit on toujours revasculariser ?

United Kingdom TAVI Registry
- 2588 consécutifs Pts
- CAD in 1171 Pts (45%)
- Hybrid PCI in 172 Pts (14.7%)

Survival & extent of CAD

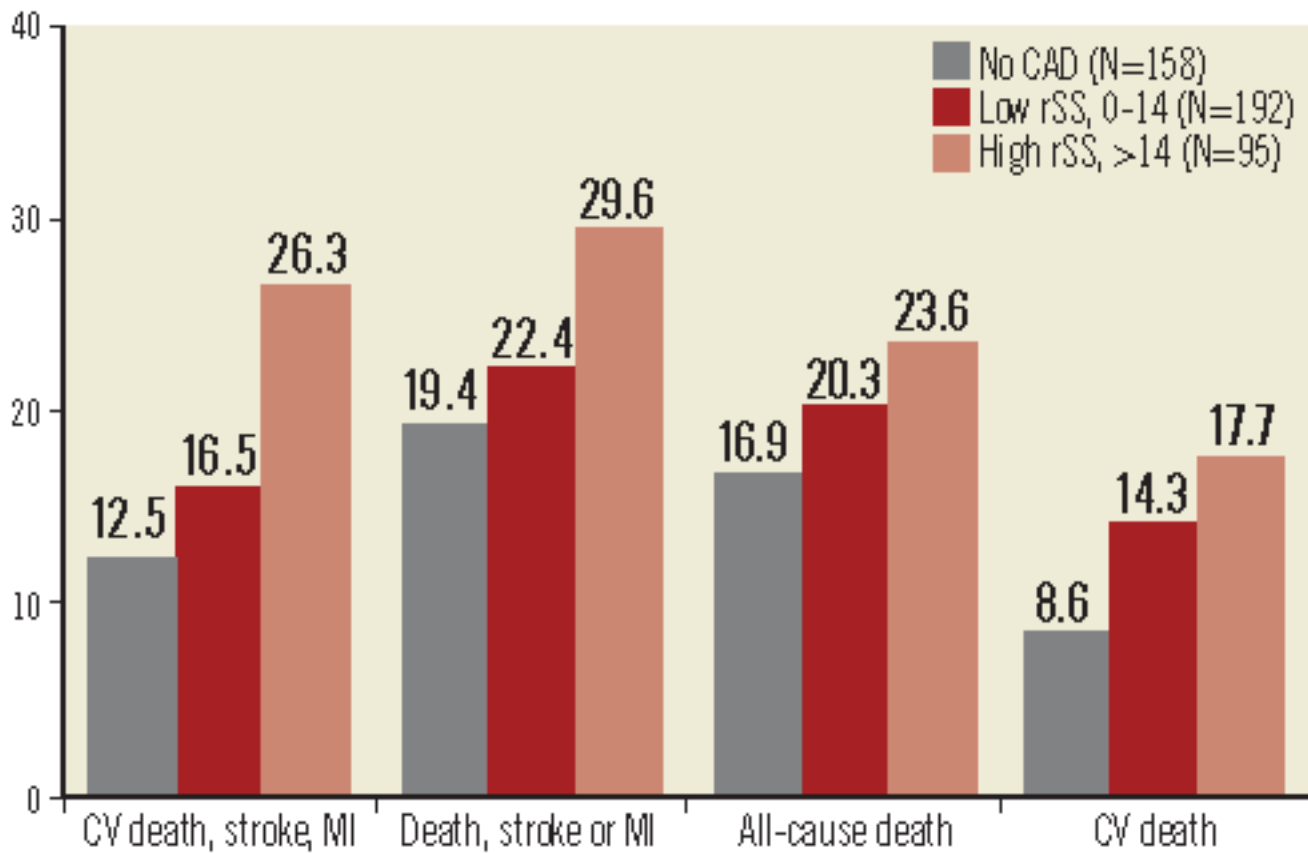


Survival & PCI status



...oui mais

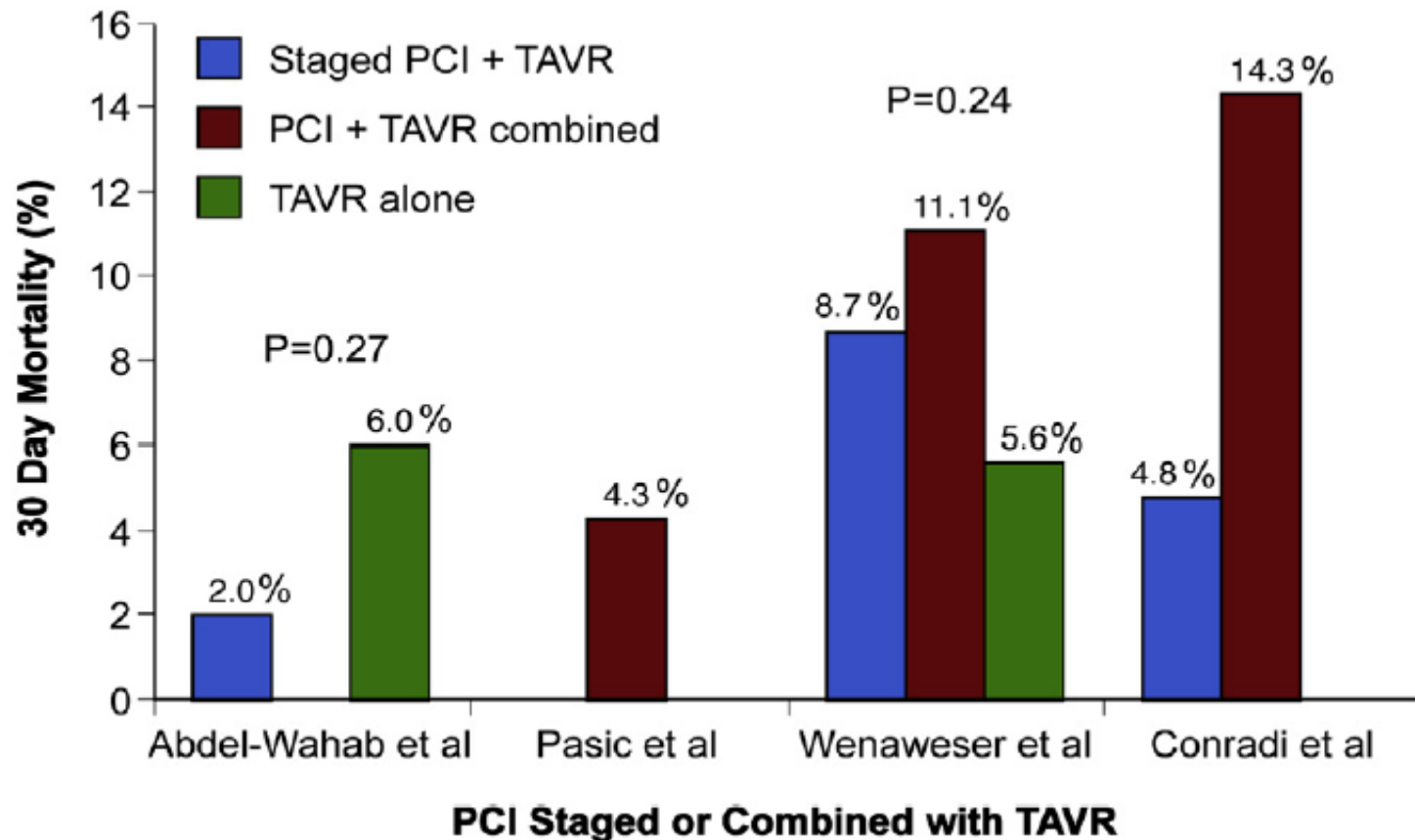
Importance du SYNTAX score résiduel post revascularisation



TAVI : gestion des lésions coronaires associées

- **Impact d'une coronaropathie chez les pts porteurs de RA ?**
- **Peut on les revasculariser et avec quel résultat ?**
- **Quelles lésions faut il revasculariser ?**
- **Quand faut il revasculariser ?**

Angioplastie et TAVI : Quel Timing ?



Angioplastie et TAVI :

Etudes en cours

- **PARTNER 2A (Sapiens XT) : TAVI vs RVAo chez pts à risque intermédiaire**
- Randomisation (TAVI + PCI) vs (RVAo + PAC) pour pts nécessitant une revascularisation (SYNTAX >32 et lésions du tronc commun exclus)
- **SURTAVI (Corevalve) : TAVI vs RVAo chez pts à risque intermédiaire :**
- Randomisation (TAVI + PCI) vs (RVAo + PAC) pour pts nécessitant une revascularisation (SYNTAX >22 et lésions du tronc commun exclus)
- **ACTIVATION :**
- 310 pts avec RAo et ≥ 1 lésion proximale ($\geq 70\%$ DS ou $\geq 50\%$ DS si TC)
- Randomisation : TAVI seule vs TAVI + PCI (≤ 6 semaines)
- Endpoints : mortalité à 1 et 12 mois

Angioplastie et TAVI :

Suggestion de prise en charge

Obstructive CAD

Primary valve intervention and coronary revascularization		
CABG is recommended in patients with a primary indication for aortic/mitral valve surgery and coronary artery diameter stenosis >70% in a major epicardial vessel.	I	C
CABG should be considered in patients with a primary indication for aortic/mitral valve surgery and coronary artery diameter stenosis 50–70% in a major epicardial vessel.	IIa	C
PCI should be considered in patients with a primary indication to undergo TAVI and coronary artery diameter stenosis >70% in proximal segments.	IIa	C
PCI should be considered in patients with a primary indication to undergo transcatheter mitral valve interventions and coronary artery diameter stenosis >70% in proximal segments.	IIa	C

TAVR alone
without PCI

Consider BAV prior to PCI
Consider pLVAD-IAPB during PCI
Choice of BMS vs DES individualized

Paradis JM et al. Eur Heart J 2014;35:2069-82.

Windecker S et al. ES Guidelines on revascularisation . Eur Heart J 2014.

Coronaropathie et TAVI : faire appel au bon sens clinique

Discussion en Heart Team :

- Si gêne fonctionnelle imputable à la coronaropathie :
 - PCI en amont de la TAVI \pm réévaluation (accès vasculaire, iode, complications, ...)
- Tenir compte des paramètres anatomiques (taille et forme des sinus, hauteur des ostias, jonction sino-tubulaire,...)

Des questions non résolues :

- DES plutôt que BMS ?
- La sévérité de l'atteinte coronaire peut elle contre-indiquer une TAVI ?
- Procédures étagées plutôt que simultanées ?
-