

Trucs et astuces

Raccourcir la durée de séjour post-TAVI à l'heure du risque intermédiaire

Florence LECLERCQ
CHU Montpellier

Symposium Medtronic, 30 janvier 2020



Conflits d'intérêt

- Edwards, Medtronic

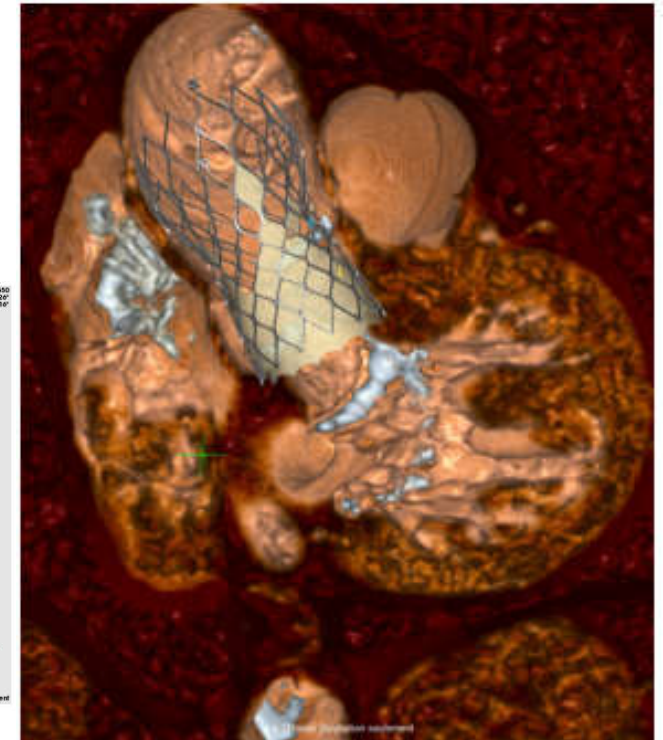
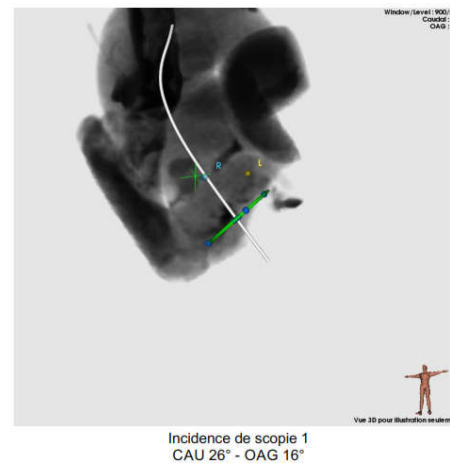
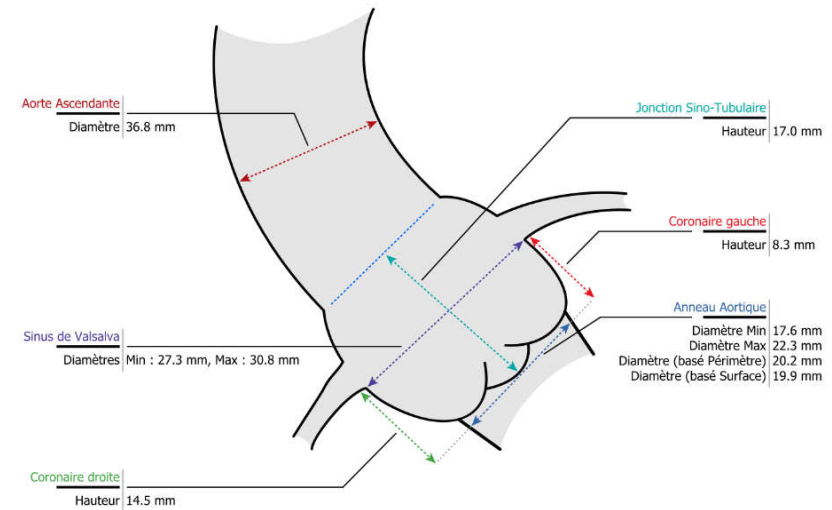
Histoire clinique

- Femme de 80 ans, NYHA 3
- Sténose aortique serrée: gradient moyen: 60 mmHg, Vmax: 5.5m/s
- Antécédent de chirurgie et radiothérapie du sein gauche pour cancer (1995)
- Bon EG, 1.65m/62 kg (BMI: 23)
- Vit en couple avec quelques aides à domicile (3h/semaine)
- Evaluation préopératoire (J-15)
 - coronaires normales
 - ECG: QRS fins; PR:160 ms
 - Echographie FEVG: 55 %; HVG
 - EFR: normales
 - Créatinine 85 μ moles/L (Cl Ckft 50 ml/min)
 - Low/intermediate risk: Euroscore II: 2.68%; STS: 5 %
 - Rencontre avec l'équipe de gériatrie: non fragile
- **Discussion HEART TEAM: plutôt en faveur du TAVI (âge et thorax hostile)**



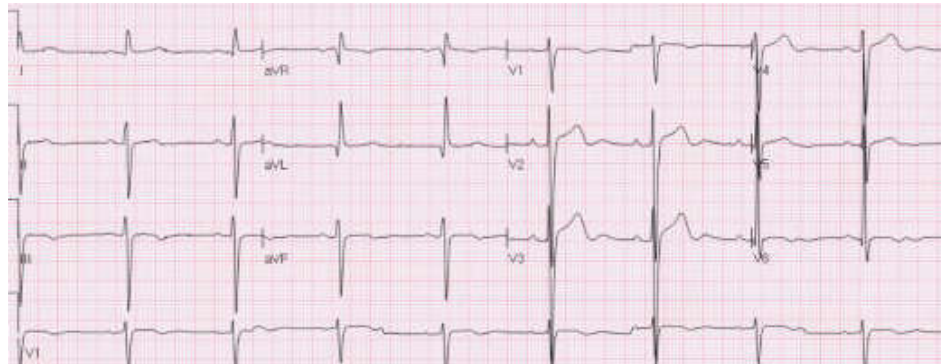
Imagerie: MSCT

- Endosize:
 - Voie fémorale gauche (non tortueux et non calcifiés)
 - Anneau: 20.2mm, Evolut Pro 26 mm
 - Score calcique: 800
 - Repérage incidence optimale (OAG: 16°, caudal 26°)



TAVI: procédure

- Procédure réalisée sous anesthésie locale et sédation
 - 45 minutes
 - Contraste: 35 ml (2 injections)
 - Pas de valvuloplastie
 - Voie secondaire radiale, stimulation sur le guide
 - Aucune complication pendant la procédure
 - ECG
 - Echographie: pas de fuite, gradient moyen 5.2 mm hg



Sortie à J3: retour à domicile (aides à domicile 5h/semaine, à réévaluer à 1 mois)

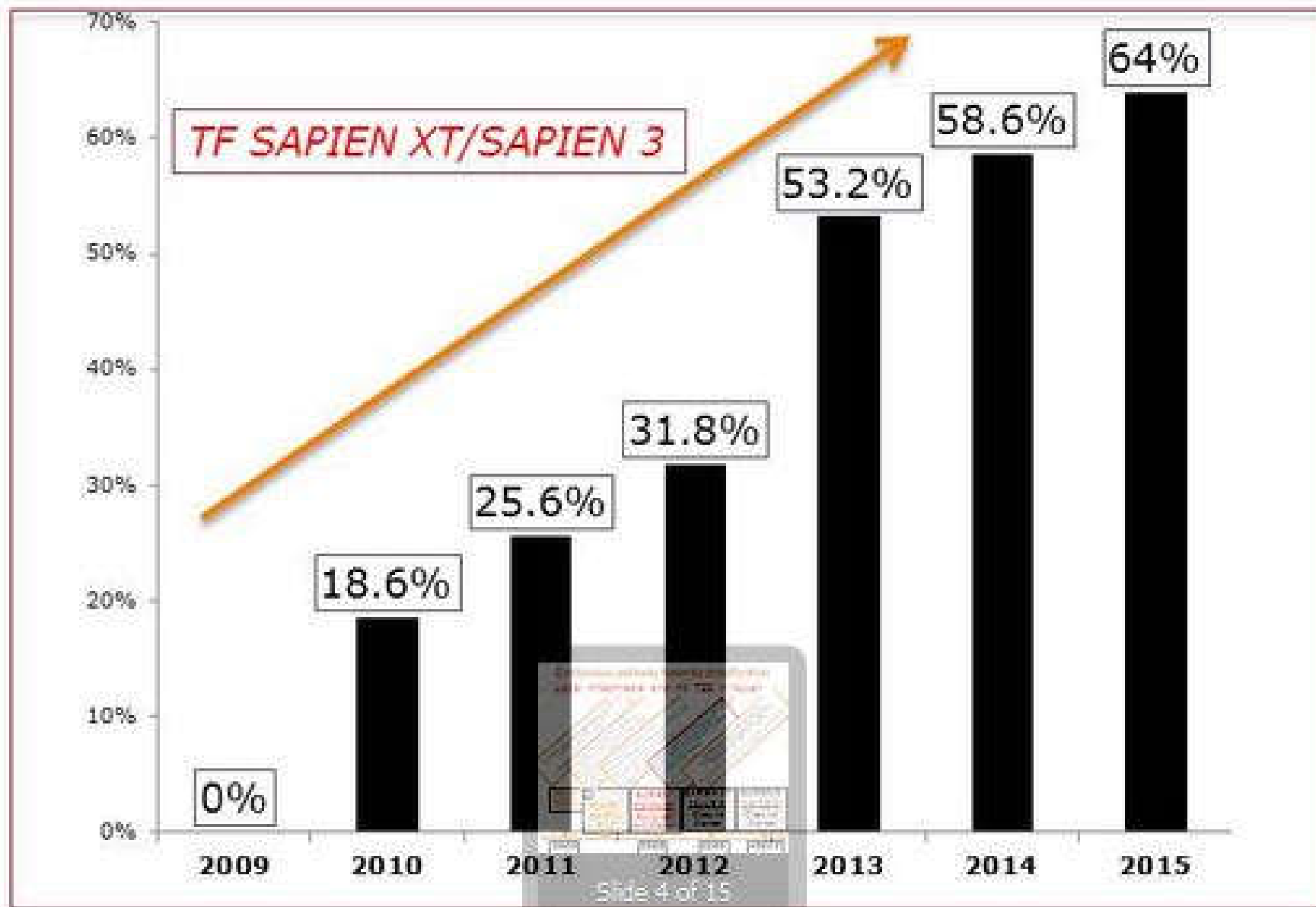
Une hospitalisation courte pouvait elle être anticipée chez cette patiente?



Extension du TAVI au risque intermédiaire (faible): de nouveaux déficits

- Augmentation du nombre des procédures par centre: **il est nécessaire** de diminuer les durées d'hospitalisation
- Diminution des complications et amélioration des résultats: **il est possible** de diminuer les durées d'hospitalisation
- Raisons non médicales aux durées d'hospitalisations prolongées: **il faut identifier et prévenir** les hospitalisations prolongées non justifiées
- Patients « jeunes » et/ou opérables: **ne pas compromettre la sécurité**

Early Discharge (< 72 hrs) after TF-TAVI is increasingly feasible



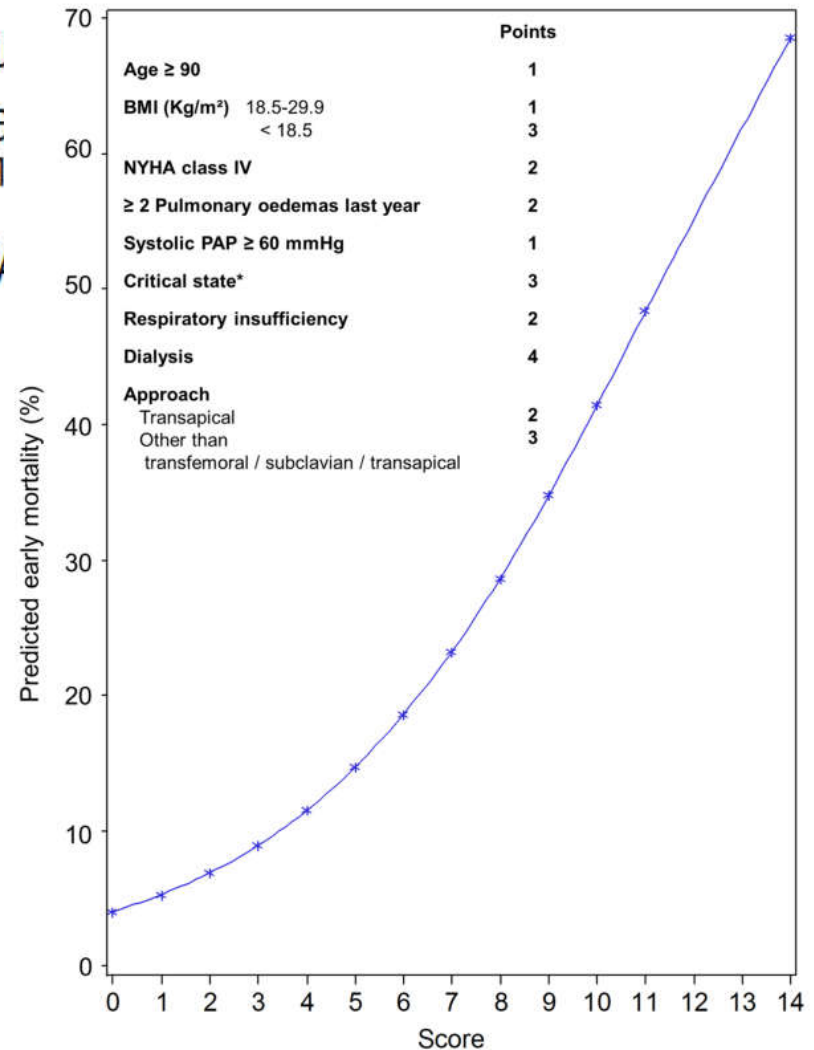
Comment anticiper et favoriser une durée d'hospitalisation « courte »?

- **Avant le TAVI:**
 - Évaluer les comorbidités et le risque de complications hospitalières
 - Évaluer le mode de vie et les conditions sociales
 - Planifier le déroulement du geste
- Pendant et après le TAVI: dépister les patients à risque de complication

Predictive factors of early mortality after transcatheter aortic valve implantation: individual risk assessment using a simple score

Table 3 Predictive factors of early (30-day or in-hospital) mortality after TAVI

	Adjusted OR (95% CI)	p Value	Points for score (/21)
Age (years)			
<90	1		0
≥90	1.53 (1.02 to 2.30)	0.04	1
Body mass index (kg/m²)			
≥30	1		0
18.5–29.9	1.51 (1.01 to 2.27)	0.047	1
<18.5	2.27 (1.09 to 4.74)	0.03	3
NYHA class IV			
NYHA class IV	1.79 (.26 to 2.54)	0.001	2
Pulmonary oedema (APE)			
<2 APE last year	1		0
≥2 APE last year	1.61 (1.12 to 2.30)	0.01	2
Pulmonary hypertension (systolic PAP ≥60 mm Hg)			
Pulmonary hypertension (systolic PAP ≥60 mm Hg)	1.45 (1.08 to 1.94)	0.01	1
Critical state*			
Critical state*	2.39 (1.42 to 4.02)	0.001	3
Respiratory insufficiency†			
Respiratory insufficiency†	1.64 (1.22 to 2.20)	0.001	2
Dialysis			
Dialysis	2.88 (1.46 to 5.66)	0.002	4
Approach			
Transfemoral or subclavian	1		0
Transapical	2.02 (1.47 to 2.78)	<0.0001	2
Other	2.18 (1.11 to 4.28)	0.02	3

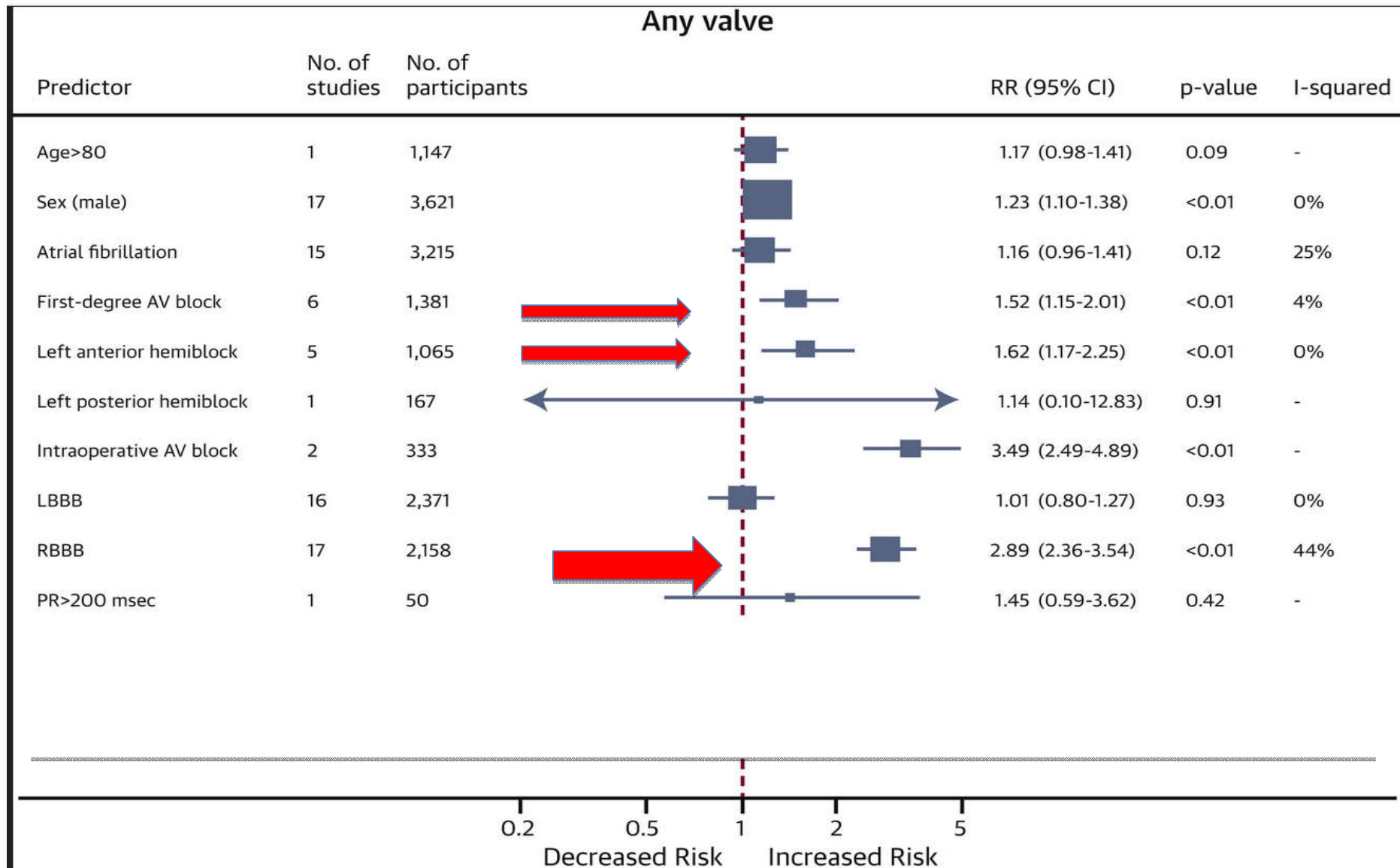


Predictors of Permanent Pacemaker Implantation in Patients With Severe Aortic Stenosis Undergoing TAVR

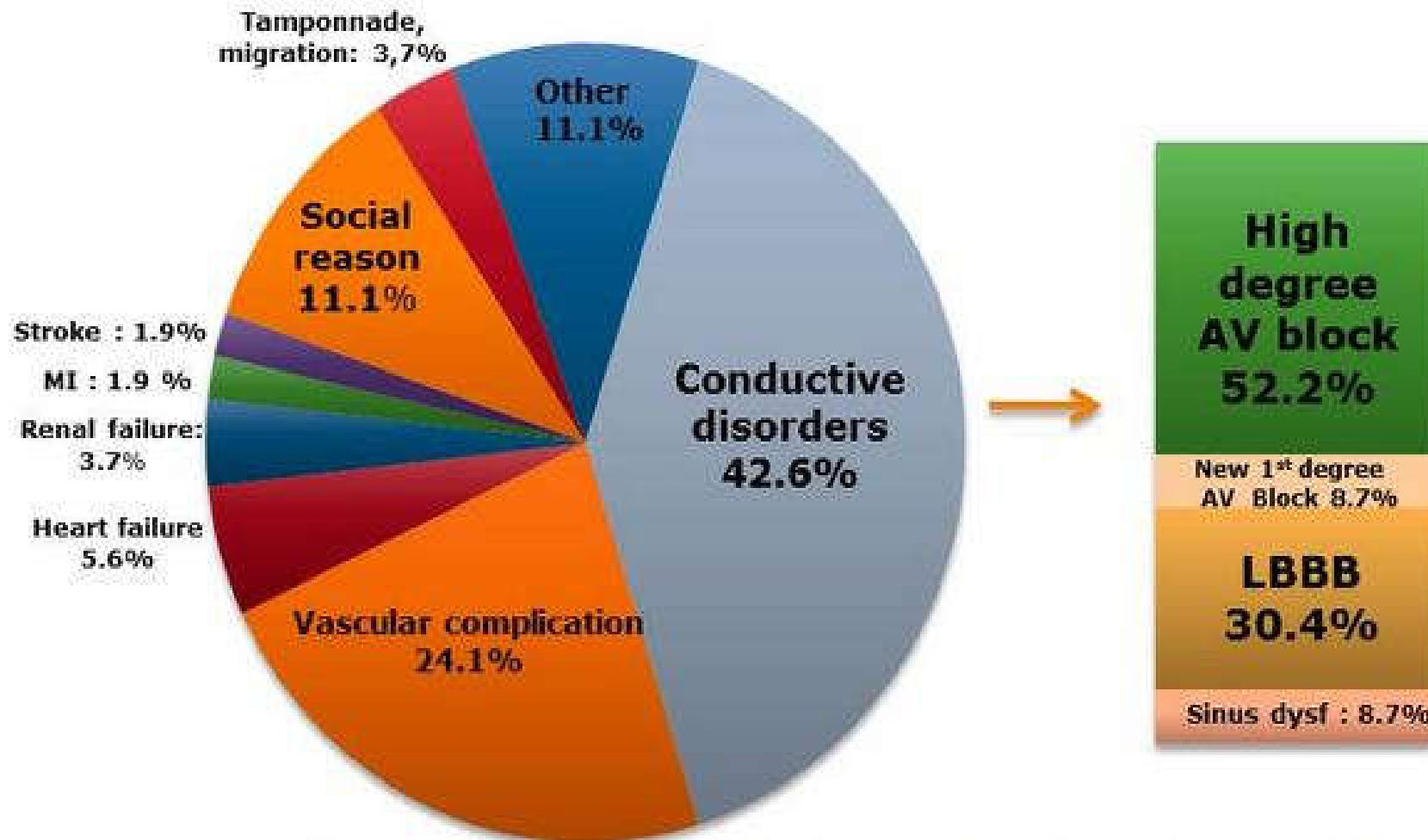


A Meta-Analysis

George C. M. Siontis, MD,* Peter Jüni, MD,† Thomas Pilgrim, MD,* Stefan Stortecky, MD,* Lutz Büllersfeld, MD,* Bernhard Meier, MD,* Peter Wenaweser, MD,* Stephan Windecker, MD*



Reasons for NOT being discharged early



*A prospective study (n=130 Pts) in Rouen University Hospital
ESC 2015*

Dépister l'isolement social lors du bilan pré TAVI: entretien familial, assistante sociale, équipe gériatrique.....

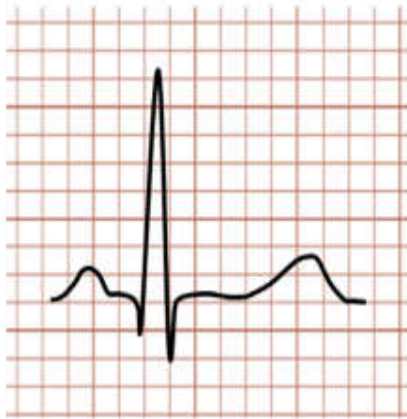
Planifier le geste simplifier la procédure

- Pas de décision du dernier moment
- MRCT: choix de la valve et de la voie d'abord, de l'incidence de référence, d'une éventuelle pré dilatation
- Sédation ou AG
- Ne pas être dogmatique:
 - abord chirurgical (artères fémorales très calcifiées)
 - AG (patient anxieux, agité, langue)
 - Prédilatation: valve massivement calcifiée, anatomie aortique ou fémoro iliaque complexe

Comment anticiper et favoriser une durée d'hospitalisation « courte »?

- Avant le TAVI:
 - Évaluer les comorbidités et le risque le risque de complications hospitalières
 - Évaluer le mode de vie: dépendance, fragilité
 - Planification du geste
- **Pendant et après le TAVI: dépister le risque de complications**

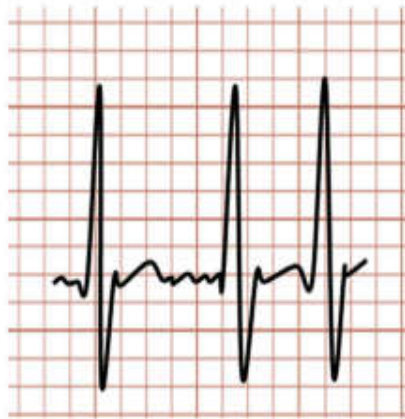
FIGURE 4 Recommendation on the Use and Duration of Telemetry



Sinus rhythm

No bundle branch block

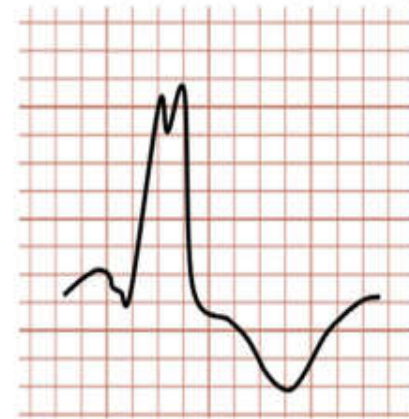
No telemetry required



Atrial fibrillation

No bundle branch block

No telemetry required

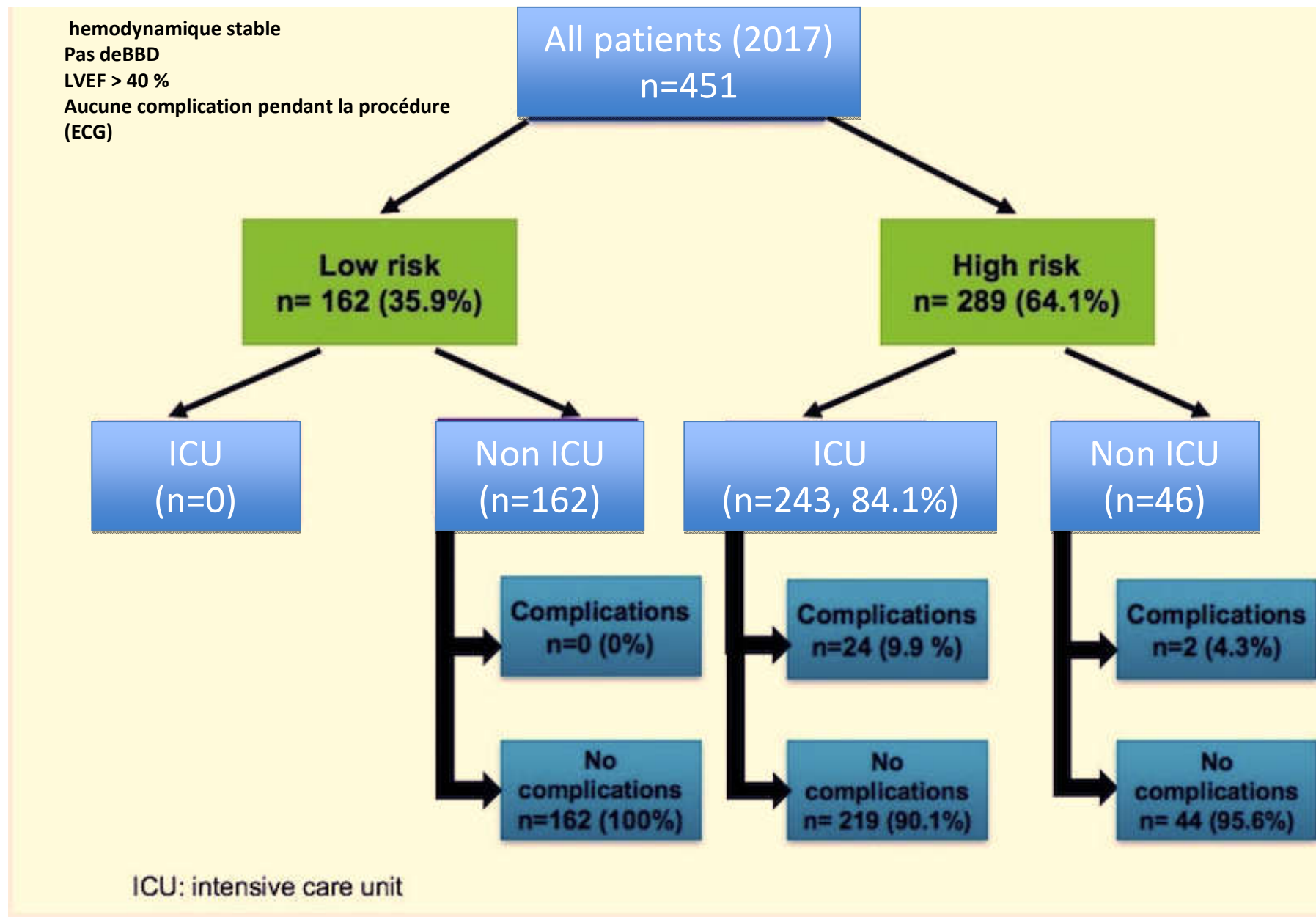


All other ECGs

telemetry until 12 lead
ECG stable for 48 hours

Un tiers des patients ne nécessitant pas une télémétrie après TAVI

Feasibility and Safety of Transcatheter Aortic Valve Implantation Performed Without Intensive Care Unit Admission



Notre patiente: bonne candidate à l'hospitalisation « courte »

- Femme de 80 ans
- Antécédent de chirurgie et radiothérapie du sein gauche
- Dyspnée d'effort progressivement croissante depuis 1 an
- Sténose aortique serrée: gradient: 60 mmHg; V max 5.0 m/s
- Bon EG, 1.65m/62 kg (BMI: 23)
- Vit en couple avec quelques aides à domicile (3h/semaine)
- Rencontre avec l'équipe de gériatrie
- Evaluation préopératoire (J-15)
 - coronaires normales
 - LVEF: 55 %; HVG
 - ECG
 - EFR: normales
 - Créatinine 85 µmoles/L (Cl Ckft 50 ml/min)
 - Low/intermediate risk: Euroscore II: 2.68%; STS: 5 %
- **Récusée pour une chirurgie conventionnelle en raison de l'âge et d'un thorax hostile**

BEG
Pas d'isolement social
Pas de fragilité

Pas de comorbidités
Risque intermédiaire

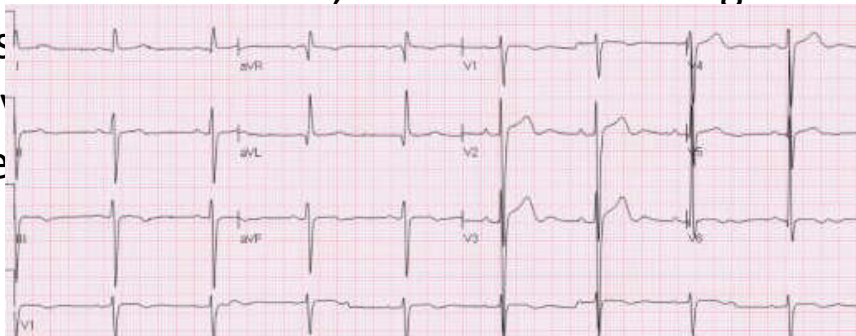
TAVI: procédure anticipée et simplifiée

- Angio scanner aortique:
 - Voie fémorale gauche: axes non calcifiés et non tortueux
 - Anneau: 20mm : EVOLUT Pro de 26 mm
 - Score calcique: 800
 - Repérage incidence optimale (OAG: 15°, caudal 10°)

Voie d'abord,
anatomie de la
valve (sans
BAV) , incidence

- Procédure réalisée sous anesthésie locale

- 45 minutes
- Abord percutané: repérage échographique
- Voie secondaire radiale, stimulation sur le guide
- Contraste
- Pas de
- Aucune



et ETT)

Procédure
simplifiée et
non compliquée

- Sortie à J2 retour à domicile (aides 5h/semaine à rééducation)
- Asymptomatique avec recul de 2 ans

Conditions
sociales
favorables

TAKE HOME MESSAGES

facteurs de succès d'une sortie précoce

- **Sélection du patient en amont de la procédure**
 - Voie fémorale
 - Pas de comorbidités majeures (insuffisance rénale sévère, BPCO, fragilité)
 - Etat hémodynamique stable (NYHA)
 - Pas de BBD ou de BAV, pace maker préalable
 - Conditions de vie et entourage familial
- **Planification et anticipation de la procédure**
 - Analyse du scanner ++
 - Procédure simplifiée
 - ECG post procédure
- **TAVI team « élargie » essentielle:** médecins, infirmière coordinatrice, secrétaires, assistante sociale, gériatres...