

FICHE D'INFORMATIONS AVANT L'IMPLANTATION D'UNE VALVE AORTIQUE PERCUTANEE (TAVI)

Pourquoi vous propose-t-on l'implantation d'une valve aortique percutanée ?

Vous présentez un rétrécissement important au niveau de la valve aortique. Il s'agit de la valve qui sépare le ventricule gauche (la pompe cardiaque), et qui permet le passage du sang du cœur vers le reste de l'organisme. Ce rétrécissement en empêchant le sang de s'écouler normalement est responsable des symptômes que vous présentez.

Le traitement de cette maladie consiste habituellement en un remplacement de votre valve malade par une valve artificielle de façon chirurgicale, en utilisant la chirurgie « à cœur ouvert ». Dans votre cas, cette intervention a été considérée par l'équipe médico-chirurgicale comme à très haut risque ou contre indiquée.

Pour cette raison, il peut vous être proposé une méthode alternative qui consiste à mettre en place au niveau votre valve aortique malade une valve artificielle en passant le plus souvent par l'artère fémorale (au pli de l'aîne). Cette intervention est réalisée sans ouverture chirurgicale sous contrôle des rayons X. Pour l'heure, cette intervention doit être réalisée dans un centre de chirurgie cardiaque.

Description de la bioprothèse

Cette valve artificielle est faite en péricarde (une fine membrane qui entoure le cœur) d'origine animale (bœuf), reproduisant la forme générale d'une valve aortique normale, fixée à l'intérieur d'un grillage métallique tubulaire et expansible (stent).

Cette valve est comprimée sur un ballonnet gonflable monté à l'extrémité d'un tube (ou cathéter) et poussée jusqu'au cœur sous surveillance radiologique, puis déposée au niveau de la valve aortique malade par gonflage du ballonnet. Une fois en position, elle tient en place par la seule force d'expansion du stent. La taille est choisie en fonction de la taille de l'anneau aortique (endroit où le stent sera déployé).

Méthodes d'implantation

Pour introduire la valve artificielle jusqu'au cœur, on utilise le plus souvent la voie artérielle fémorale droite ou gauche. Néanmoins un calibre artériel fémoral supérieur à 7 mm voire 8 mm reste indispensable pour cette voie d'abord. En cas de calibre insuffisant, l'intervention se fait par voie sous clavière ou carotidienne.

Bilan pré-opératoire

Les examens complémentaires suivants sont nécessaires avant d'envisager l'implantation de la valve, au cours de votre hospitalisation :

- une coronarographie (évaluation de l'état des artères coronaires)
- Une prise de sang complète
- Une échocardiographie Doppler des carotides (artères à destinée cérébrale)

Par la suite, en externe :

- un scanner de l'aorte et des artères, notamment des artères fémorales pour déterminer la voie d'abord et la taille de la prothèse (vous serez convoqué ultérieurement, cet examen est réalisé quelques temps après la coronarographie car il comporte aussi de l'iode)
- Nous vous conseillons de consulter votre chirurgien dentiste afin d'écartier tout foyer infectieux dentaire qui pourrait favoriser dans le futur une infection de la valve.

Ce n'est qu'après la réalisation de ces examens que l'on saura si la valve artificielle peut être implantée.

Nous allons présenter votre dossier en staff médico chirurgical pour prendre la meilleure décision vous concernant. Si l'indication de pose de valve par voie percutanée est retenue, vous serez alors convoqué par l'équipe chirurgicale du CHU d'Angers.

Implantation de la bioprothèse et suivi hospitalier

L'abord de l'artère fémorale se fait par simple ponction et sera refermé dans la mesure du possible par un système de fermeture automatique percutané. Le plus souvent, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale.

Après l'implantation de la valve, vous serez admis(e) dans le service de soins intensifs de cardiologie pour surveillance. Une échocardiographie sera réalisée pour vérifier le bon fonctionnement de la valve. Vous serez ensuite transféré(e) dans le service de cardiologie dès lors que votre état sera stable. Votre hospitalisation devrait durer moins de 5 jours.

Autres possibilités de traitement

Il y a 3 autres possibilités de traitement :

1. Continuer le traitement médical que vous recevez, mais les effets liés au rétrécissement aortique persisteront et risquent de s'aggraver dans le temps.
2. Réaliser une dilatation aortique au ballonnet (élargissement de l'orifice valvulaire aortique au moyen d'un ballonnet gonflable). Il s'agit d'une technique plus simple, notamment au niveau de la voie d'abord, réalisée sous anesthésie locale, qui améliore le fonctionnement de votre valve, mais dont les résultats ne se maintiennent pas dans le temps (réapparition du rétrécissement aortique en moyenne en 6 mois). Cette procédure peut être réalisée au sein de la Clinique Saint Joseph.
3. Recourir à une chirurgie classique avec ouverture du thorax, qui reste la chirurgie de référence.

Bénéfices attendus

En l'état actuel de nos connaissances, et compte tenu de votre état clinique, la mise en place de cette valve apparaît être la meilleure solution envisageable pour améliorer vos symptômes et diminuer de façon plus durable les risques de votre maladie.

Les bénéfices attendus de ce geste thérapeutique sont une amélioration rapide de vos symptômes (essoufflement, douleurs thoraciques, malaises), une amélioration de la contractilité et du fonctionnement de votre cœur et, d'une façon plus générale, une amélioration de votre qualité de vie. Néanmoins, compte tenu du développement récent de cette technique nouvelle, le recul que nous avons reste encore limité, le premier cas ayant été réalisé en Mars 2002.

Risques et effets secondaires

Les complications potentielles liées à ces gestes thérapeutiques sont : des troubles du rythme cardiaque, des complications vasculaires au site d'insertion des cathéters (hématome, perforation ou obstruction artérielle pouvant donner lieu à un geste de réparation chirurgical), un infarctus du myocarde, une embolisation de matériel valvulaire ou de caillots, une dissection de l'aorte (déchirure de la paroi aortique), une perforation d'une cavité cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une insuffisance rénale, une endocardite (infection sur la valve), un déplacement de la valve, une fuite autour de la valve, un dysfonctionnement de la valve, un saignement nécessitant une transfusion, la nécessité d'une intervention chirurgicale en urgence pour réaliser un pontage coronarien ou remplacer la valve aortique, et le décès.

Ces complications restent rares et le risque évolutif de la maladie est nettement supérieur aux risques de complications au cours de la procédure.

Contacts

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter le médecin qui s'est occupé de vous lors de votre séjour à la Clinique Saint-Joseph au **02 41 47 71 73**.

Une consultation pour vous informer de nouveau sur la procédure aura lieu avec votre chirurgien au CHU à Angers. Nous vous conseillons d'assister à cette consultation avec vos proches.