

## Hémodynamique, SCA

ID: 154

### Chirurgie non cardiaque chez les patients ayant un Rétrécissement Aortique serré : place du TAVI préalable

A. Bozhok\*(1), E.Corbasson(1), N.Polge(2), N.Ait hamou(3), I.Bagdadi(4), M.Beaussier(5), C.Caussin(6), I.Philip(7)

(1) Département D'Anesthésie-Réanimation, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France , (2) Département Anesthésie-Réanimation, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France , (3) Département Anesthésie-Réanimation, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France , (4) Cardiologie, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France , (5) Département Anesthésie Réanimation, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France , (6) Cardiologie, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France , (7) Anesthésie-Réanimation, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

*\*Auteur présenté comme orateur*

#### Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Les patients ayant un Rétrécissement Aortique (RA) serré ont un risque périopératoire accru en cas de chirurgie non cardiaque (CNC). Le TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) a changé la prise en charge des RA serrés en cardiologie, notamment chez les sujets âgés. La place de cette approche en préopératoire de CNC reste peu documentée. Nous rapportons l'expérience de la pratique du TAVI en préopératoire d'une CNC programmée.

#### Matériel et méthodes:

Étude observationnelle, monocentrique, prospective sur une période de septembre 2021 à mars 2023. Sont inclus les patients ayant un RA serré (sur les données de l'échocardiographie transthoracique) devant bénéficier d'une CNC à risque intermédiaire ou élevé et chez lesquels un TAVI est envisagé en amont. Une information individuelle préalable a été délivrée et la non-opposition a été recueillie pour chaque patient participant à l'étude. Les variables colligées étaient des données collectées dans le suivi habituel de chaque patient. Le critère d'évaluation principal est la mortalité et les complications cardio-vasculaires majeures (infarctus, AVC, insuffisance cardiaque) colligées jusqu'à J30 après la CNC. Les objectifs secondaires sont la description de la prise en charge du patient, à partir de la consultation d'anesthésie, puis lors du TAVI jusqu'à la CNC.

#### Résultats & Discussion:

Sur les 38 patients inclus, 3 ont eu la CNC en premier, 1 a eu un remplacement valvulaire sous CEC et 1 une valvuloplastie percutanée. Au total 33 patients sont retenus et 31 ont eu un TAVI suivi de la CNC (tableau). Il n'y a pas eu de décès consécutif au TAVI. 2 patients ont fait une complication sur la prothèse valvulaire (une endocardite et un AVC, sans séquelle, lié à une thrombose de prothèse). La CNC a pu être réalisée chez 27 patients (4 encore en attente). Sur la période de suivi, il y a eu 14 interventions après la CNC initiale dont 6 reprises en urgence (nécrose de lambeau, sepsis, hémorragie ...). A J30 de la CNC il n'y a eu aucun décès, aucune poussée d'insuffisance cardiaque, 0 infarctus du myocarde et 0 thrombose de stent. Une élévation isolée de la troponine et une embolie pulmonaire ont été rapportées. Le délai entre le TAVI et la CNC est inférieur à 7 jours chez 2 patients, entre 7 et 45 jours chez 6 patients et supérieur à 45 jours chez 19 patients.

#### Conclusion:

Le RA, même serré, est souvent découvert en préopératoire et la symptomatologie, qui guide la prise en charge dans les recommandations, n'est pas toujours facile à préciser, notamment chez des patients âgés et limités sur le plan fonctionnel. Les résultats favorables du TAVI permettent de plus en plus souvent de proposer cette procédure avant une CNC à risque intermédiaire ou élevé. Nos résultats confirment ceux d'études récemment publiées montrant que la morbi-mortalité périopératoire est basse malgré le terrain défavorable lié notamment à l'âge élevé et la coronaropathie associée. Le TAVI en

préopératoire peut être considéré comme une stratégie prometteuse pour améliorer la prise en charge chirurgicale chez les patients ayant un RA serré et nécessitant une intervention non cardiaque.

**Références bibliographiques:**

Eur Heart J 2022, 43: 561-632

<b>Age (ans)</b>	80 ± 8	<b>Gradient moyen (mmHg)</b>	45 ± 12
<b>RA découvert en préop</b>	17 (55%)	<b>Vmax (m/sec)</b>	4,2 ± 0,5
<b>Symptômes liés au RA</b>	18 (58%)	<b>Surface Aortique cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup></b>	0,43 ± 0,09
<b>Faux asymptomatiques</b>	9 (29%)	<b>FEVG &gt; 50%</b>	27 (87%)
<b>Score de Fried* (médiane [IQR])</b>	1 [0-2]	<b>Coronaropathie revascularisée</b>	14 (45%)
		<b>Stent pré TAVI</b>	7 (23%)

**Tableau 1:** caractéristiques des patients. RA: rétrécissement aortique; FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche; \* score de Fried: un des scores de fragilité

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.