

Chirurgie cardio-vasculaire

Intervention/traitement proposé :
Implantation d'une endo-valve cardiaque (TAVI)

Pourquoi vous propose-t-on un TAVI ?

La sténose ou le rétrécissement valvulaire aortique sévère constitue une maladie valvulaire grave, évolutive et de mauvais pronostic spontané.

Son traitement de référence consiste en un remplacement de la valve malade, normalement par voie chirurgicale (chirurgie à « cœur ouvert »).

Toutefois, en fonction de l'âge et des maladies associées, le traitement de cette maladie par chirurgie peut s'avérer trop lourd. Une implantation de valve par une voie moins invasive appelée TAVI peut constituer une alternative thérapeutique valide, et c'est cette technique qui vous a été proposée.

Réalisation

La réalisation de cette technique se déroule en salle d'opération, sous le contrôle d'un anesthésiste. Le plus souvent celle-ci se réalise sous anesthésie locale, avec sédation (légère anesthésie générale) ; toutefois, si les circonstances ou la technique la demande, une anesthésie complète (anesthésie générale profonde) sera effectuée. L'intervention sera réalisée par une équipe de plusieurs médecins, spécialistes en Chirurgie Cardiaque et en Cardiologie interventionnelle, ce qu'on appelle une « Heart-Team ».

La procédure est réalisée par introduction de cathéters dans les artères fémorales (au pli de l'aîne) ou moins fréquemment dans d'autres artères (carotide, sous-clavière, ou ponction aortique directe ; ce dernier cas nécessite une ouverture minimale du thorax appelé « mini-sternotomie ») et consiste à implanter, dans la valve aortique rétrécie, une valve biologique (contenant du tissu animal) elle-même insérée à l'intérieur d'un stent (forme de tube métallique grillagé), qui restera en place en écrasant l'ancienne valve autour du stent, dans la racine de l'aorte (par le principe de la force radiaire).

Degré d'urgence

Le degré d'urgence dépendra de votre état clinique et de votre cœur. Ce point devra être discuté au cas par cas en « Heart-Team » avec votre cardiologue, avec le cardiologue interventionnel et avec le chirurgien cardiaque.

Fréquence

En général, cette intervention n'est réalisée qu'une seule fois. Dans de rares cas, la valve implantée peut se dégrader et un nouveau TAVI, ou encore plus rarement, même un remplacement « à cœur ouvert » peut s'avérer nécessaire.

Durée

Vous serez hospitalisé la veille de l'intervention. Après celle-ci, selon votre état, vous serez transféré en unité de soins de cardiologie (avec un court passage dans la salle de réveil) ou en soins intensifs si nécessaire. La durée totale d'un séjour sans complications varie de trois à cinq jours.

Contre-indications

Les contre-indications seront abordées avec votre cardiologue ou votre chirurgien cardiaque.

Effets secondaires et risques pertinents

Le risque d'échec dépend essentiellement de la complexité anatomique de la sténose aortique.

Il est globalement de l'ordre de 0,5 à 1 %, ce qui justifiera l'arrêt de la procédure.

Malgré les progrès techniques et l'expérience des médecins, les procédures intravasculaires de cardiologie interventionnelle comportent, comme tout geste invasif ou chirurgical, un risque d'incidents ou d'accidents rares, notamment :

- complications allergiques, rares : le plus souvent liées à l'utilisation de produits radiologiques iodés ou d'anesthésique local ;
- complications au niveau du point de ponction des artères : la complication la plus fréquente est la formation d'une petite ecchymose ou d'un hématome, sans conséquence. Plus rarement, le maniement des sondes peut occasionner des blessures vasculaires à l'intérieur des artères fémorales ou de l'aorte et nécessiter une réparation chirurgicale ;
- d'autres complications moins sévères, dont une insuffisance rénale aiguë transitoire, un déséquilibre du diabète ou des infections secondaires (respiratoires ou urinaires) peuvent également survenir ;
- les complications graves sont quant à elles plus rares : le risque de ces complications graves est lié au degré de répercussion cardiaque de la sténose aortique (par exemple mauvaise fonction du cœur, insuffisance cardiaque...) et à la présence éventuelle d'autres maladies cardiaques (infarctus, maladie des artères coronaires, antécédents de chirurgie cardiaque, arythmies chroniques, artériopathie extra-cardiaque...) ou extracardiaques (maladies respiratoires chroniques, insuffisance rénale, diabète...) associées. En fonction de toutes ces données, le risque de complications graves est calculé et a dû vous être transmis par votre cardiologue traitant. Globalement, on note un risque de décès de 1 à 6 %, d'accidents neurologiques de 0,5 à 5 %, d'infarctus du myocarde de 1 % ;
- la nécessité d'implanter un pacemaker : dans les jours qui suivent la procédure, il peut survenir des défauts des voies de conceptions électriques du cœur, qui le ralentissent. Si ces problèmes persistent, il sera alors peut-être nécessaire de vous implanter un pacemaker (sous anesthésie locale). La probabilité de nécessité d'implanter un pacemaker dans les jours qui suivent un TAVI varie de 5 à 25 %, selon le type de matériel implanté dans la valve aortique.

Soins de suivi

Un suivi infirmier pour la réfection de votre pansement vous sera prescrit.

Alternatives

L'alternative au TAVI est le remplacement valvulaire aortique par voie chirurgicale. Celle-ci est tout à fait valide, mais ça représente une prise en charge plus lourde. Elle pourrait vous être proposée dans le cas où le TAVI ne peut être réalisé au vu du bilan préopératoire.

Répercussions financières

Contactez le Service Financier Patients

- 060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)
- sfp@ghdc.be
- Site Les viviers
Rue Campus des Viviers 1
6060 Gilly

Des permanences sont organisées sur le site des Viviers (route 109, bureau 12) les lundis et mardis de 8h30 à 12h et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h.

Conséquences en cas de refus ou de retrait de consentement

Décès précoce lié à votre maladie valvulaire par des complications cardio-vasculaires comme arythmies, infarctus, AVC ou insuffisance cardiaque.

Admission répétée en hospitalisation pour décompensation cardiaque, manifestée le plus fréquemment par dyspnée (sentiment d'étouffement).

Registre

Les données de cette procédure et de votre dossier hospitalier sont systématiquement collectées dans un registre, transmis à l'INAMI. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à analyser de manière anonyme ces données médicales, qui peuvent faire l'objet de publications.

Je soussigné déclare avoir lu la fiche d'information relative au geste diagnostique et/ou thérapeutique qui m'est proposé. J'ai été clairement informé(e) des risques et bénéfices de cette procédure.

Cette information ne constitue pas une décharge de responsabilité de l'équipe médicale qui vous prend en charge.

Nom du patient (majuscules) : _____

Date : _____

Signature du patient : _____

Rédaction	Validation	Vérification	Approbation
Dr Nurcan Yilmaz, Chirurgien cardiaque	Luana Di Stefano, Documentaliste	Dr Philippe Remy, Médecin Chef de Service Dr Bogdan Florin Trifan, Chirurgien cardiaque	Dr Marc Carlier, Médecin Chef de Pôle

CHIRCAR-CE-001 – V01 – Approuvé le 04/07/2024

Date de la prochaine révision : 04/07/2027





ENSEMBLE
VERS L'EXCELLENCE