

perforation d'une cavité cardiaque, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale, endocardite (infection sur la valve), déplacement de la valve, fuite autour de la valve, dysfonctionnement de la valve, saignement nécessitant une transfusion, nécessité d'une intervention chirurgicale en urgence pour pontage coronarien ou remplacement valvulaire aortique, décès.

En ce qui concerne les risques liés à la bioprothèse et aux méthodes d'implantation, on doit ajouter des complications spécifiques: déplacement, malposition, thrombose ou infection de l'endoprothèse pouvant conduire à une intervention chirurgicale (éventuellement à un remplacement valvulaire traditionnel), fuite sanguine autour de la valve, obstruction des artères coronaires, saignement intra-péricardique (autour du cœur), détérioration des structures de l'endoprothèse, déchirure ou obstruction artérielle.

L'expérience acquise dans le monde porte sur plus de 250.000 patients, pour une technique jeune d'une quinzaine d'années. D'importants progrès technologiques ont été faits depuis les débuts. Les techniques d'implantation ont évolué, sont devenues beaucoup plus simples, et le matériel a été considérablement amélioré. La mortalité à un mois a ainsi diminué à moins de 5% avec peu de complications sévères (accident vasculaire cérébral < 5%, infarctus du myocarde < 2%, perforation cardiaque < 1%). Sur l'ensemble des implantations mondiales, peu de cas de dysfonctionnement de la bioprothèse à distance de l'implantation ont été notés lorsqu'elle a été bien implantée.

ALTERNATIVES

Réaliser un scanner des artères coronaires peut être efficace pour s'assurer de l'absence de rétrécissement mais ne pourra pas remplacer la coronarographie ou l'angioplastie pour traiter les anomalies. Le scanner nécessite lui aussi une injection de produit de contraste et vous expose également aux rayons x.

RÉPERCUSSIONS FINANCIÈRES

Contactez le Service Financier Patient

071/10.80.00 (entre 08h30 et 14h00)

Service.financier.patients@ghdc.be

Site Reine Fabiola
Avenue du Centenaire, 73
6061 Montignies-sur-Sambre

Des permanences sont organisées sur le site Reine Fabiola les lundis et mardis de 08h30 à 12h00 et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h00.

CONSÉQUENCES EN CAS DE REFUS OU DE RETRAIT DU CONSENTEMENT

Le scanner des artères coronaires peut être envisagé mais ne permettra pas de poser un diagnostic final (l'examen de référence restant la coronarographie) ni de traiter les éventuelles lésions détectées, avec les conséquences que cela comporte sur votre état de santé et pronostic à terme.

IMPLANTATION D'UNE VALVE AORTIQUE PERCUTANÉE PAR VOIE FÉMORALE



COM_582 (04/07/24)
CARDIO-CE-006

POUR LA SANTÉ POSITIVE



GHDC.be



OBJECTIF

Vous êtes atteint(e) d'un rétrécissement important au niveau de la valve aortique. Il s'agit de la valve se trouvant à la sortie du 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, nous pouvons vous proposer une méthode alternative qui consiste à mettre en place au niveau de votre valve aortique malade, une valve artificielle en passant par l'artère fémorale (au pli de l'aîne). Cette intervention est réalisée sans ouverture chirurgicale sous contrôle radiologique.

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.

NATURE

Bilan avant l'implantation

Les examens complémentaires suivants sont nécessaires avant d'envisager l'implantation de la valve : électrocardiogramme, échocardiogramme (étude du cœur par ultrasons permettant une analyse détaillée de l'état de votre cœur et de la valve aortique). Il sera nécessaire de réaliser une coronarographie (évaluation de l'état des artères coronaires) et un scanner des artères fémorales et iliaques. Le but de ces examens est de confirmer l'indication

de la procédure, de s'assurer qu'elle soit réalisée dans les conditions maximales de sécurité, et de s'assurer de sa faisabilité technique. Ce n'est qu'après la réalisation de ces examens que l'on saura si la valve artificielle peut être implantée.

Méthode d'implantation

La procédure est réalisée en salle d'opération, par une équipe médicale composée de chirurgiens cardiaques et cardiologues interventionnels. Elle est réalisée sous anesthésie locale (pli de l'aîne), et également sous la supervision d'un anesthésiste qui pratiquera une sédation consciente (légère sédation qui permet d'être détendu sans être complètement endormi) afin de garantir votre confort pendant l'examen. Sauf exception, on ne pratique pas d'anesthésie générale ni d'intubation respiratoire.

La valve artificielle est faite en tissu d'origine animale, reproduisant la forme générale d'une valve aortique normale, fixée à l'intérieur d'un grillage métallique tubulaire et expansible (stent). Cette valve est montée à l'extrémité d'un tube (ou cathéter) et poussée jusqu'au cœur sous surveillance radiologique, pour être positionnée au niveau de la valve aortique malade. Une fois en position, elle tient en place par la seule force d'expansion du stent.

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.

DEGRÉ D'URGENCE

La maladie de la valve aortique est un processus lentement évolutif, et son traitement relève rarement de l'urgence. Par ailleurs, l'intervention nécessite une organisation pratique et logistique particulière afin de vous assurer les meilleurs soins. Néanmoins, si elle n'est pas traitée correctement et dans les temps, il peut y avoir des conséquences importantes sur votre santé cardiaque. En général, l'intervention sera planifiée par l'équipe cardiologique dans les semaines qui suivent votre bilan.

FRÉQUENCE

Il s'agit d'une intervention réalisée en un seul temps opératoire. Le risque de devoir ré-intervenir est très rare.

DURÉE

Vous serez admis dans le service de cardiologie la veille de l'intervention, en début d'après-midi. La procédure sera réalisée le lendemain de votre admission. Il faut compter entre une à deux heures de temps opératoire.

CONTRE-INDICATIONS

Certains critères cliniques (des aspects concernant votre état de santé) ou anatomiques peuvent constituer un frein à la réalisation de l'intervention. C'est une des raisons pour laquelle vous réalisez un bilan préopératoire complet au préalable. Tous les éléments de ce bilan sont discutés lors d'une réunion entre cardiologues et chirurgiens afin de veiller entre autres à l'absence de contre-indication de la procédure.

RISQUES PERTINENTS

L'implantation de la bioprothèse sera réalisée par des équipes ayant une grande expérience des techniques appliquées, qu'il s'agisse du cathétérisme cardiaque ou de la chirurgie cardiaque, et tout sera mis en œuvre pour limiter les risques de complication. Nous devons cependant vous présenter une liste complète des complications possibles, certaines étant liées aux techniques usuelles pratiquées depuis de nombreuses années, d'autres liées à l'implantation de la bioprothèse elle-même.

Les complications potentielles liées aux gestes thérapeutiques sont : troubles du rythme cardiaque, complications vasculaires au site d'insertion des cathéters (hématome, perforation ou obstruction artérielle pouvant donner lieu à un geste de réparation chirurgicale), infarctus du myocarde, embolisation de matériel valvulaire ou de caillots, dissection de l'aorte (déchirure de la paroi aortique),