

La cardiologie française à l'honneur : implantations de valves aortiques à cœur battant



→ J.P. MONASSIER
Fondation du Diaconat,
MULHOUSE.

Les travaux de pionnier d'Alain Cribier se concrétisent. Les résultats précoces du Registre français multicentrique de l'implantation des valves aortiques sans CEC étaient attendus avec impatience. Les données exposées par Hélène Eltchaninoff sont effectivement encourageantes.

Méthodes

Dans 16 centres médico-chirurgicaux choisis par un comité d'experts, tous rompus à la valvuloplastie aortique percutanée par ballonnet (technique inventée par Alain Cribier au début

des années 1980), 244 interventions ont été effectuées soit avec la valve Edwards Sapien, soit avec la "Core Valve". Les différences entre ces deux prothèses sont présentées dans le **tableau I**.

Les indications retenues concernaient des rétrécissement aortiques (RAo) serrés (surface valvulaire < 0,6 cm²/m²) chez des patients à haut risque chirurgical (Euroscore Logistique¹ > 20 % ou score STS² > 10). Il s'agissait de patients âgés en moyenne de 82 ans, pluripathologiques.

¹ Euroscore Logistique : score de risque opératoire (établi par la Société européenne de chirurgie cardiovasculaire). Valable pour tout type d'intervention chirurgicale cardiaque. Aisé à calculer. Tend à surestimer le risque.

² STS ou STS PROM (Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk Of Mortality). Score de risque opératoire établi par la Société américaine de chirurgie cardiaque et thoracique. Plus complexe à établir. Différent pour chaque type d'intervention. Paraît mieux correspondre à la réalité.

Résultats

L'intervention a été effectuée sous anesthésie générale dans 84 % des cas. La voie fémorale a été utilisée chez 2/3 des patients, la voie sous-clavière dans 5 % et la voie transapicale par mini-thoracotomie dans 29 % des cas. La prothèse a pu être implantée (après une valvuloplastie préalable par ballonnet) dans 97 % des cas, avec un taux de décès peropératoires de 1,6 % et de 12,7 % à 1 mois. Les deux seuls facteurs prédictifs de décès étaient un Euroscore ≥ 25 et une chirurgie de pontage dans les antécédents. A 6 mois, 76,5 % des patients étaient en vie au prix de 11,8 % d'implantations de stimulateurs cardiaques, plus fréquents avec la Core Valve (5 % vs 25 %).

Les résultats hémodynamiques immédiats ont été excellents avec une surface valvulaire finale de 1,70 cm², sans insuffisance aortique significative (9 IAO de grade 2). Les résultats

	Edwards Sapien	Core Valve
Principe	Ballon	Autoexpandable
Diamètre Final	23 à 26 mm	26 à 29 mm
Abord artériel	22 à 26 French (7,33 à 8,66 mm)	18 French (6 mm)

TABLEAU I : Les valves aortiques à implantation percutanée disponibles.

AMERICAN HEART ASSOCIATION 2009

Valves

Complications et effets secondaires	%
Stimulateur cardiaque	11,8
Tamponnade	2,0
Accident vasculaire cérébral	3,6
Occlusion coronaire	1,2
Complication vasculaire	6,5
Infection	2,8
Transfusion	21,3

TABLEAU II : Complications et effets indésirables de l'implantation d'une valve aortique percutanée dans le registre français de 244 cas.

ont été maintenus à 6 mois, avec un gradient moyen restant à 10 mmHg entre l'implantation et le suivi.

Les complications et effets secondaires sont représentés dans le **tableau II** (indépendamment du type de valve).

Commentaires

Ce travail prend place au sein d'une stratégie de validation de nouvelles techniques par des registres nationaux financés par les Pouvoirs publics et pilotés par la Société Française de Cardiologie. A ce titre, il fait suite à EVA-DEF (registre concernant les défibrillateurs automatiques implantables) et à EVASTENT (registre concernant les stents actifs). L'analyse des résultats montre qu'il s'agit, dans l'état actuel de la technique, d'une méthode pluridisciplinaire (cardiologie interventionnelle, chirurgie cardiovasculaire,

anesthésie-réanimation) puisqu'un tiers des patients au moins a nécessité un abord artériel chirurgical ou une mini-thoracotomie.

Sachant que les patients traités sont considérés comme des contre-indications opératoires (ou au moins à très haut risque) et à faible espérance de vie, le fait que la survie soit supérieure à 75 % à 6 mois dans ce registre est remarquable. On peut toutefois remarquer que la fraction d'éjection initiale est en moyenne modérément abaissée (51 %) alors que les RAO à FE très basse paraissent une des causes fréquentes de refus chirurgical. Le niveau élevé de l'Euroscore ($25,6 \pm 11,4$) et du score STS (16 ± 13) est obtenu essentiellement par des paramètres de comorbidités. Des précisions sur ce point particulier et l'analyse du groupe de patients à mauvais VG seront apportées ultérieurement. Il sera également intéressant de savoir s'il existe un effet "centres",

car si certaines équipes avaient déjà débuté la technique et acquis une expérience, d'autres n'étaient pas dans la même situation.

La qualité hémodynamique des prothèses est également clairement démontrée puisqu'entre la mesure du gradient moyen postopératoire et celle effectuée à 6 mois, on ne constate aucune différence. Par ailleurs, il n'a été constaté que de rares insuffisances aortiques significatives. Compte tenu de la mortalité opératoire prédite en chirurgie (environ 25 %) (dont on sait qu'elle est surévaluée avec l'Euroscore) et celle de la voie non ou mini-chirurgicale constatée dans ce registre (25 % à 6 mois), la question d'une étude randomisée *versus* remplacement valvulaire sous CEC pourrait se poser. Toutefois, la technique actuelle va certainement encore s'optimiser pour aboutir à des procédures plus légères et à des résultats encore supérieurs.

D'ores et déjà, cette technique inventée par un Français et née en France donne un réel espoir à des patients proches d'une fin de vie pénible. On sait, d'après les résultats initiaux de l'équipe de Rouen, qu'une fois la valve implantée, la qualité de vie des patients est transformée, comme elle l'est déjà (mais trop brièvement) par la simple valvuloplastie par ballonnet.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.