

# EVALUATION DE L'EFFICACITE CLINIQUE DES BIO PROTHESES VALVULAIRES AORTIQUES EN PERCUTANEE DANS LE TRAITEMENT DU RETRECISSEMENT VALVULAIRE AORTIQUE DEGENERATIF

AU CHU DE BORDEAUX

A.Gresser<sup>1</sup>, A.Venet<sup>1</sup>, R.Dulin<sup>1</sup>, C.Baudet<sup>1</sup>, Pr P.Dos-Santos<sup>2</sup>, V.Philip<sup>1</sup>

1. Pharmacie des dispositifs médicaux, Hôpital Haut Lévêque, CHU de Bordeaux

2. Cardiologie interventionnelle Hôpital Haut Lévêque, CHU de Bordeaux

## CONTEXTE

Le rétrécissement valvulaire aortique dégénératif est la maladie des valves cardiaques la plus fréquente dans les pays industrialisés, avec un pronostic extrêmement sombre dès lors qu'il devient symptomatique. Les progrès de la cardiologie interventionnelle permettent de proposer une thérapeutique innovante : l'implantation en percutanée de bio-prothèses valvulaires aortiques qui s'effectue soit par voie transfémorale soit par voie chirurgicale mini-invasive, à cœur battant. Cette technique apporte une solution thérapeutique chez les patients âgés de plus de 80 ans, considérés inopérables ou qui sont exposés à un risque très élevé en cas de chirurgie conventionnelle. Deux modèles sont disponibles pour une utilisation clinique : Edwards et Corevalve.

## OBJECTIF

Ce travail a pour objectif de montrer l'efficacité clinique apportée par la pose de valves percutanées COREVALVE ou EDWARDS (figure 1), ainsi que l'amélioration des paramètres hémodynamiques, et l'état symptomatique des patients. Il s'agit également de quantifier le nombre de DM associés afin d'évaluer l'intérêt de sa mise en place et le coût de cette nouvelle technique pour l'établissement.

## MATERIEL ET METHODES

Dans notre établissement, 15 patients avec un rétrécissement aortique serré, et symptomatiques (7% classe II, 67% classe III et 27% classe IV de la NYHA) ont bénéficié de la pose de bio prothèses. Nous avons étudié les dossiers cliniques de ces patients et suivi les risques de morbi-mortalité. Le recueil des données a été collecté dans un tableau qui réunit les critères cliniques de chaque patient notamment l'évaluation fonctionnelle NYHA et le score EQ-5D (échelle de qualité de vie), les paramètres avant implantation comme gradient moyen, vitesse maximum, fraction d'éjection, l'implantation avec la durée d'intervention, les voies d'abord, le type d'anesthésie, le type de valve et la taille. Ces évaluations ont été réalisées avant et après l'intervention, puis à 1 mois.

## RESULTATS

La moyenne d'âge était de 80 ans [59-89] et la majorité de sexe masculin (9/5). Les patients (79%) avaient des comorbidités associées tel que HTA, diabète, dyslipidémie et tabagisme. L'ensemble des patients avaient une sténose aortique dégénérative, tous symptomatique avec une FEVG moyenne de 57% [30-77%], un gradient moyen de 51 mmHg [30-81mmHg] et une vitesse maximum moyenne était de 4.30 m/sec [3-6m/sec]. La durée moyenne de l'implantation de la valve Corevalve a été de 1h50 et de 2h50 pour Edwards. Les interventions ont eu lieu pour la majorité des patients sous anesthésie générale à cœur battant sans mise sous CEC.

Sur les 14 patients opérés, une patiente est décédée, 11 ont reçu la valve COREVALVE par voie transfémorale, 2 la valve EDWARDS (2 en transfémorale et 1 en apicale) et la durée moyenne de séjour est estimée à 8 jours. En post intervention il n'y a pratiquement plus de gradient moyen transvalvulaire aortique car on observe une diminution de 51 mmHg à 10mmHg en moyenne (figure 2). Pour 1 patient, on observe un gradient persistant mais ce dernier est significativement plus bas que le gradient initial. Tous les patients ont présenté une amélioration de leurs symptômes et de leur qualité de vie avec une diminution de 44 mm à 54 mm du score EQ-5D.

Enfin il a été observé une amélioration de la sévérité de l'insuffisance cardiaque avec un passage à un niveau moins sévère de la classification NYHA pour la majorité des patients 3 patients sont passés de la classe III à II ; 4 patients de la classe IV à II ; 1 de la classe II à I, 2 de la classe III à II et 1 seul est resté dans la même classe. Aucun n'est passé à un niveau plus sévère de la classification (figure 3)

A ce jour, ces valves percutanées valent 18 500 euros HT et ne sont pas remboursées en sus de la t2A, et le coût des consommables a été estimé à environ 1160 euros HT.

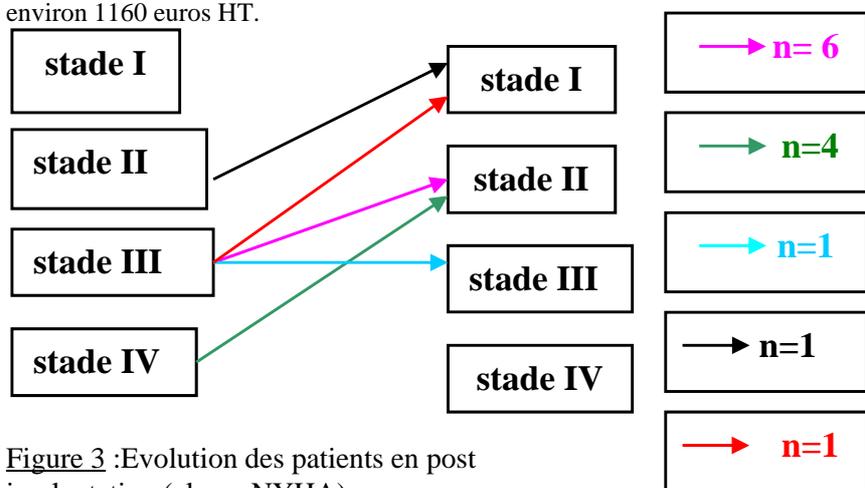


Figure 3 : Evolution des patients en post implantation (classe NYHA)



Figure 1 : Valves percutanées Edwards et Corevalve

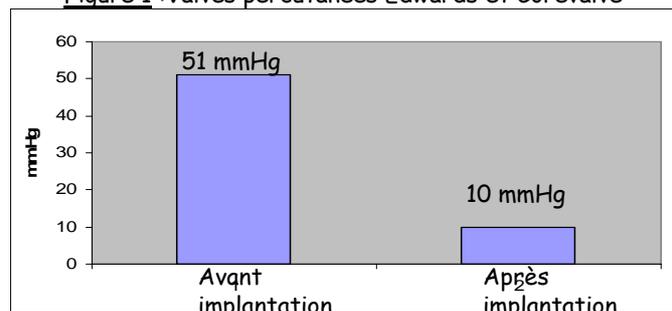


Figure 2 : Evolution du gradient valvulaire moyen

## CONCLUSION

Au vu de ces résultats, il semble que la mise en place des valves percutanées présente un bénéfice en termes de morbi-mortalité très encourageant. Cette technique assure un avenir thérapeutique prometteur et pourrait offrir dans le futur une alternative aux patients âgés porteurs d'un rétrécissement aortique serré ayant un risque opératoire élevé.