

Rétrospective de deux ans d'activité Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) dans un centre Outre-Mer

N°132

C. GLACHANT, D. CLERICE, P. THUAULT, J. FABRE, G. DUNOYER, V. LEGRIS-ALLUSSON
 PUI – HOPITAL PIERRE ZOBDA QUITMAN FORT-DE-FRANCE, CHU MARTINIQUE
 Mots clés : TAVI, Outre-Mer, bilan
 Contact : gaelle.dunoyer@chu-martinique.fr

Introduction

La procédure Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) permet le remplacement de la valve aortique par voie percutanée, sans passer par la chirurgie.

Cette activité mise en place en 2021 dans notre centre d'Outre-Mer soulève des problématiques supplémentaires par rapport à l'hexagone.

Objectifs

- Rétrospective de deux ans d'activité TAVI et analyse des points faibles et des points forts au regard de données cliniques, techniques et économiques.
- Proposition de pistes d'amélioration pour favoriser une bonne croissance de l'activité

Matériel et méthode

- **Etude rétrospective observationnelle** de janvier 2022 à décembre 2023 : les données des patients et procédurales ont été recueillies via les compte-rendus opératoires et les historiques de pose des TAVI via le logiciel de gestion de stock Pharma® (Computer Engineering)

Résultats et Discussion

Critères d'encadrement des centres en selon l'arrêté du 28 mars 2019, Article 1

« Heart Team » pour la sélection des patients et techniques lors de RCP : un **cardiologue non interventionnel**, un médecin **cardiologue interventionnel**, un **chirurgien thoracique et cardiovasculaire**, un **anesthésiste-réanimateur** +/- un **gériatre** pour tout patient > 80 ans

L'établissement justifie :

- « La réalisation de plus de 200 actes de chirurgie valvulaire par an et par centre »
- « La réalisation d'au moins 100 implantations de TAVI sur 12 mois (pour un centre ayant plus de 2 ans d'expérience dans la pose de ces dispositifs) »

De 2022 à 2023

	<ul style="list-style-type: none"> • 16 TAVI implantés en 2022 • 24 TAVI implantés en 2023 	<p>Inférieur au seuil d'activité minimale de 100 procédures TAVI par an et par centre</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Femme</td> <td>5</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Homme</td> <td>11</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>âge moyen</td> <td>83,08</td> <td>80,25</td> </tr> </tbody> </table>		2022	2023	Femme	5	13	Homme	11	11	âge moyen	83,08	80,25
	2022	2023													
Femme	5	13													
Homme	11	11													
âge moyen	83,08	80,25													
	<p>Indications : sur 2 années d'activité ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haut risque chirurgical et risque de mortalité/morbidité irréversible jusqu'à 30 jours post-opératoire > 15% dans 82% des cas • Dans un contexte de rétrécissement aortique sur valve native symptomatique ou asymptomatique avec signes d'insuffisances cardiaque associé pour 79% des patients traités <p>➤ Succès procédural dans 88% des cas, essentiellement par voie fémorale</p>	<p>Patient inopérable (EuroScore ≥ 20% ou STS ≥ 10%)</p> <p>Dégénérescence de bioprothèse chir. aortique</p> <p>Haut risque chirurgical (8 < STS < 10%) et risque de mortalité ou de morbidité irréversible jusqu'à 30 jours post-op. >15%</p>													
	<p>HEART TEAM en RCP</p> <ul style="list-style-type: none"> → présence d'un cardiologue interventionnel, chirurgien cardiaque et anesthésiste dans > 70% des RCP → absence d'un cardiologue clinicien (non interventionnel) dans > 75% des RCP et gériatre pour les sujets > 80 ans dans 100% des RCP 														
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Passage du mode de dépôt temporaire au dépôt permanent → prise en charge de patients en urgence ➤ Durées de transit allongées pour les DOM → les dispositifs arrivent généralement avec une durée de péremption inférieure à 1 an ➤ 2 ans d'activité = 4 valves périmées avec un prix unitaire HT de 13800€ → perte financière +++ pour le fournisseur 														

Conclusion

Ainsi cette étude nous a permis d'identifier des axes d'améliorations : **plus d'opérateurs formés** pour la bonne croissance de l'activité, une décision de traitement des patients optimisée avec des **rendus de résultats de scanners accélérés** souvent la cause de retard de prise en charge, inclure un **gériatre** et un **cardiologue clinicien** dans l'équipe de RCP conformément aux critères de la HAS et un circuit logistique permettant un **meilleur turn-over** des produits en dépôt avec anticipation des retours des TAVI à proche péremption. Tous ces éléments peuvent conduire au bon développement de l'activité sur le territoire.