

Le rétrécissement aortique

Hélène Eltchaninoff
Université de Rouen



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Nom de l'orateur : Hélène ELTCHANINOFF, Rouen

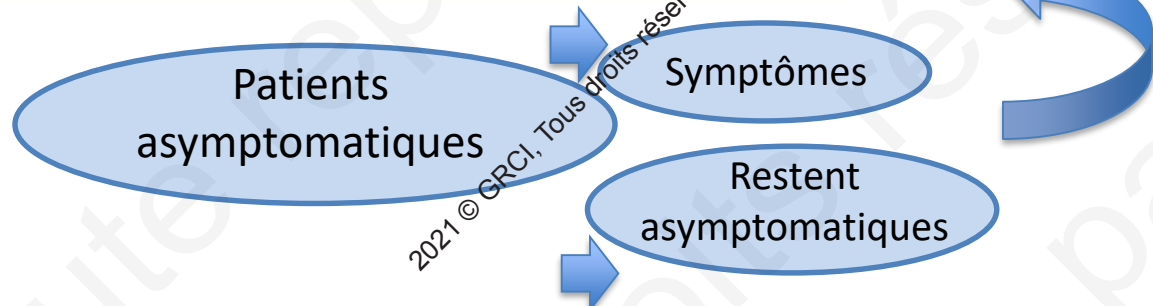
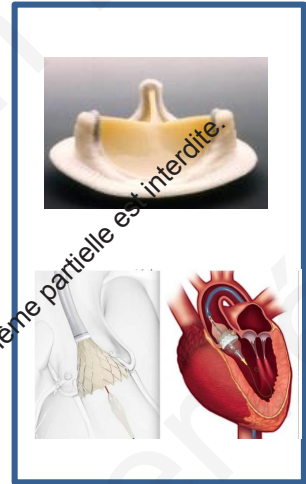
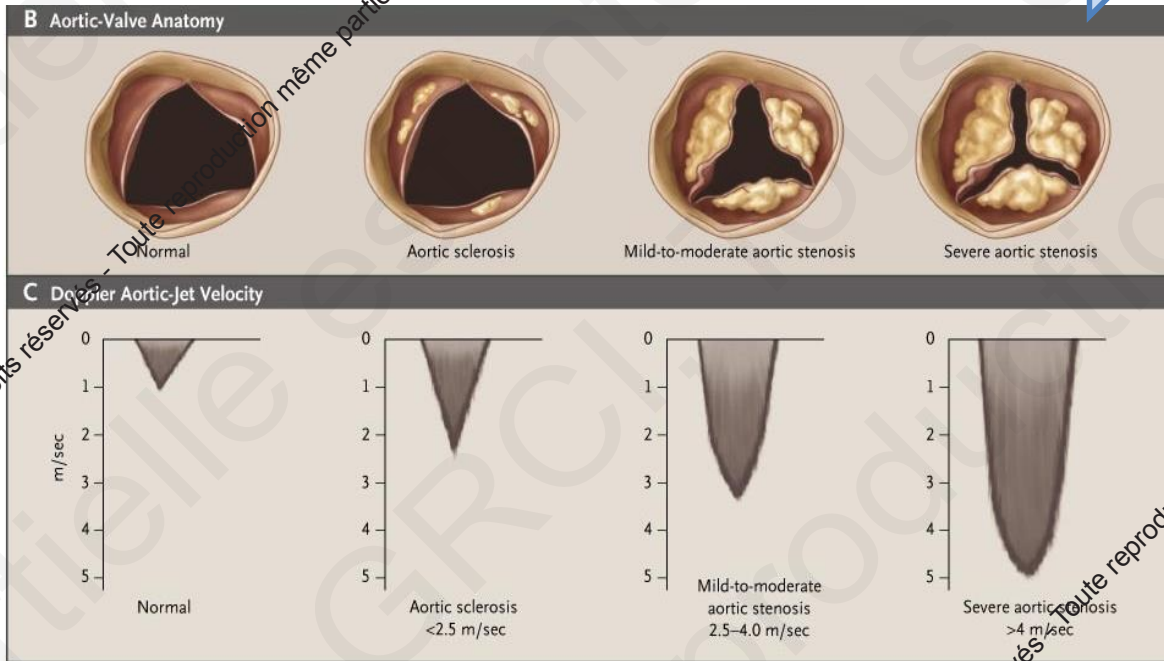
J'ai un lien d'intérêt potentiel à déclarer

Déplacements/honoraires conférence Edwards Lifesciences

Progression de la maladie dans le temps

Calcifications

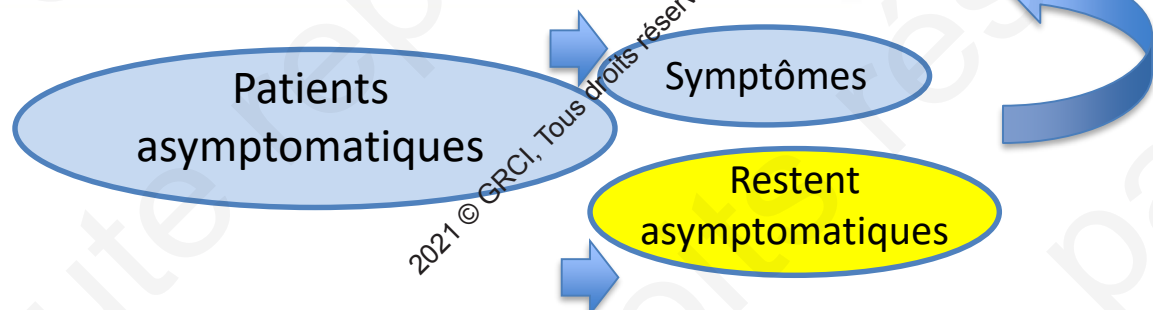
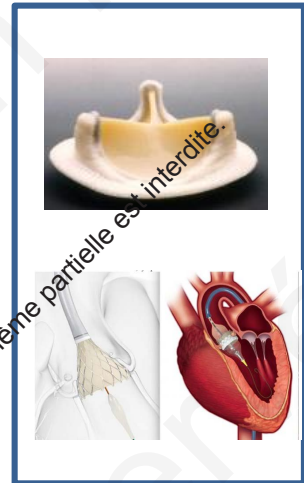
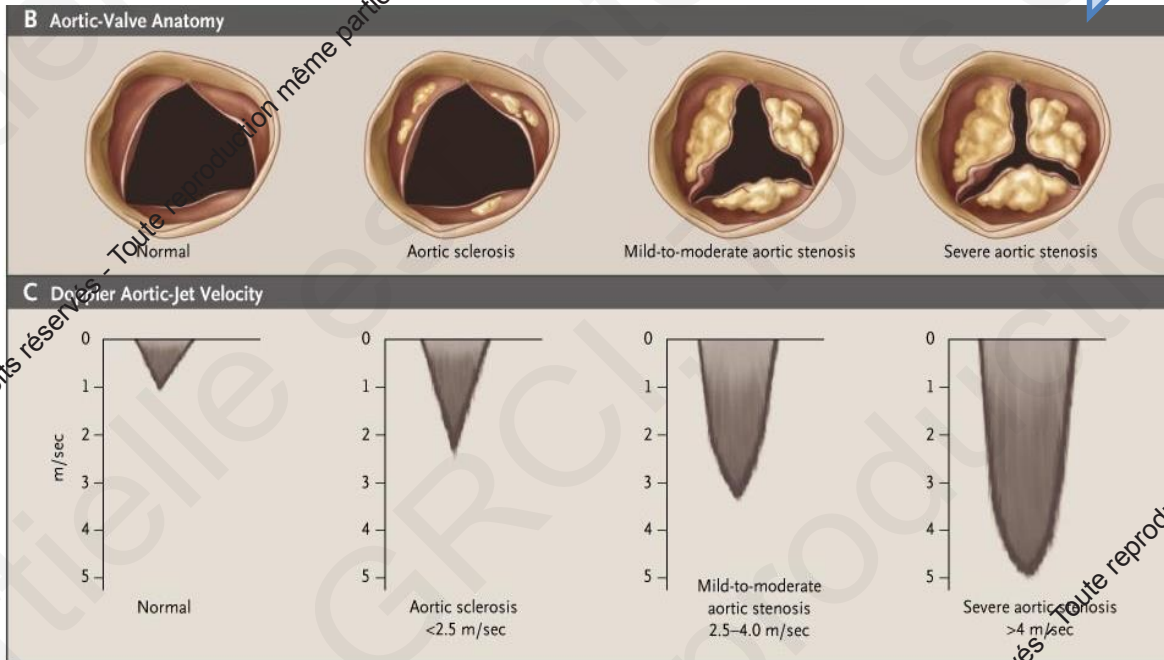
Remodelage ventriculaire gauche



Progression de la maladie dans le temps

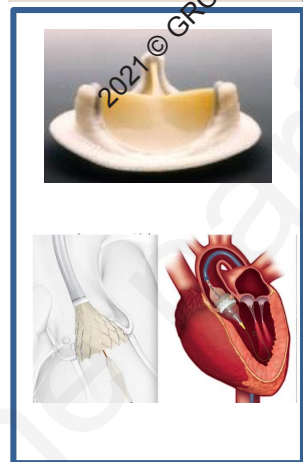
Calcifications

Remodelage ventriculaire gauche



1. Du nouveau chez les asymptomatiques

La limite basse de FE a changé pour les asymptomatiques

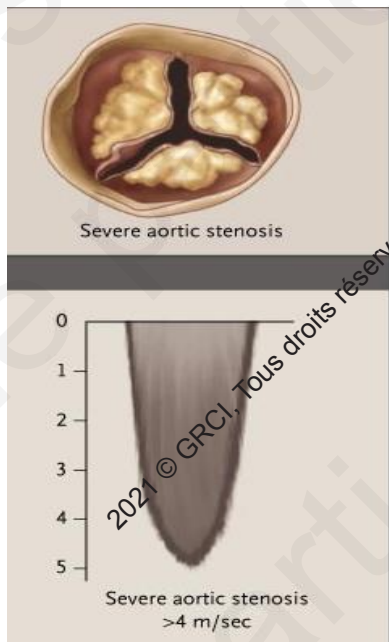


<p>Intervention is recommended in asymptomatic patients with severe aortic stenosis and systolic LV dysfunction (FE < 50%) without another cause. ^{9,238,239}</p>	I	B
<p>Intervention is recommended in asymptomatic patients with severe aortic stenosis and symptoms (e.g., chest pain, syncope, or heart failure) triggered by exertion. ^{9,238,239}</p>	I	C
<p>Intervention should be considered in asymptomatic patients with severe aortic stenosis and systolic LV dysfunction (FE < 55%) without another cause. ^{9,240,241}</p>	IIa	B
<p>Intervention should be considered in asymptomatic patients with severe aortic stenosis and a sustained drop in systolic blood pressure (>20 mm Hg) during exercise testing. ^{9,240,241}</p>	IIa	C

NEW

* Sans autre cause de dysfonction VG

1. Du nouveau chez les asymptomatiques



Intervention should be considered in asymptomatic patients with LVEF >55% and a normal exercise test if the procedural risk is low and

RA très sévère: Gradient moyen > 60mm Hg ou Vmax > 5m/s

Progression rapide: $\geq 0,3\text{m/s/an}$ year.

- Markedly elevated BNP levels (>3x age- and sex-corrected normal range) confirmed by repeated measurements and without other

BNP >3 x age



NEW

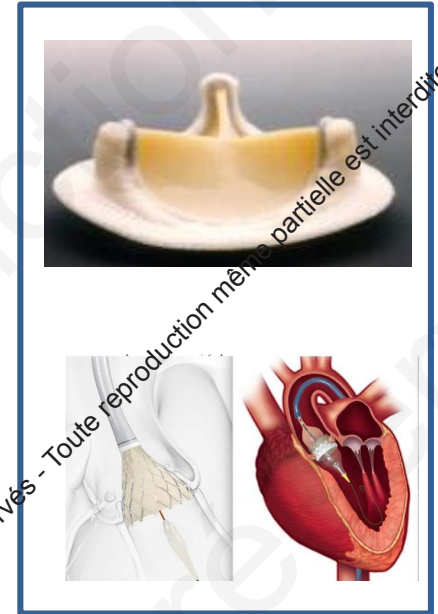
* Sans autre cause de dysfonction VG

2. Tout patient avec RA serré - symptomatique ou non- doit être discuté en « Heart Team »



NEW

**HEART TEAM
pour tout RA
serré**



* Intervention likely to benefit (comorbidités.fragilité)

3. Chirurgie ou TAVI: Où - qui discute et décide ?

<p>Aortic valve interventions must be performed in Heart Valve Centres that declare their local expertise, have the necessary resources and programmes on site, and a structured collaborative Heart Team approach.</p> <p>Heart Valve Center</p>	I	C
<p>The choice between surgical and transcatheter intervention must be based upon careful evaluation by the Heart Team, weighing the risks and benefits of each approach for an individual patient. The Heart Team recommendation should be discussed with the patient who can then make an informed treatment choice.</p> <p>Heart Team</p>	I	C

NEW
=

- RVA et TAVI
- Volume
- Expertise
- Collaboration

NEW
=

- Evaluation et recommandation
- Recommandation à discuter avec le patient

4. Chirurgie ou TAVI ?

Sur quels éléments recommander le traitement ?

Clinique + Anatomie + pathologies associées

	Favours TAVI	Favours SAVR
Clinical characteristics		
Lower surgical risk	-	+
Higher surgical risk	+	-
Younger age ^a	-	-
Older age ^a	+	-
Previous cardiac surgery (particularly intact coronary artery bypass grafts at risk of injury during repeat sternotomy)	-	-
Severe frailty ^b	+	-
Active or suspected endocarditis	-	+

	Favours TAVI	Favours SAVR
Anatomical and procedural factors		
TAVI feasible via transfemoral approach	+	-
Transfemoral access challenging or impossible and SAVR feasible	-	+
Transfemoral access challenging or impossible and SAVR inadvisable	+ ^c	-
Sequelae of chest radiation	+	-
Porcelain aorta	+	-
High likelihood of severe patient-prosthesis mismatch (AVA <0.65 cm ² /m ² BSA)	+	-
Severe chest deformation or scoliosis	+	-
Aortic annular dimensions unsuitable for available TAVI devices	-	+
Bicuspid aortic valve	-	+
Valve morphology unfavourable for TAVI (e.g. high risk of coronary obstruction due to low coronary ostia or heavy leaflet/LVOT calcification)	-	+
Thrombus in aorta or LV	-	+

	Favours TAVI	Favours SAVR
Concomitant cardiac conditions requiring intervention		
Significant multi-vessel CAD requiring surgical revascularization ^d	-	+
Severe primary mitral valve disease	-	+
Severe tricuspid valve disease	-	+
Significant dilatation/aneurysm of the aortic root and/or ascending aorta	-	+
Severe hypertrophy requiring myectomy	-	+

4. Chirurgie ou TAVI

Pour quel patient ?

TAVI

Pts \geq 75 ans et
voie TF faisable

Pts à haut
risque/inopérables

I

A

NEW

RVA

Pts < 75 ans à bas
risque ou non
accessibles à la voie
TF et opérables

I

B

NEW

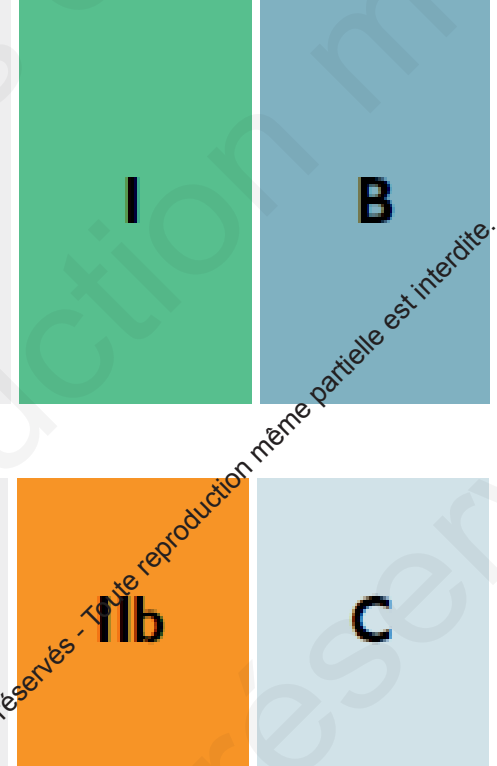
4. Chirurgie ou TAVI

Pour quel patient ?

Pour tous les autres patients: TAVI
ou RVA selon les caractéristiques du patient

istics. 202 – 205, 207, 209, 210, 212' fg

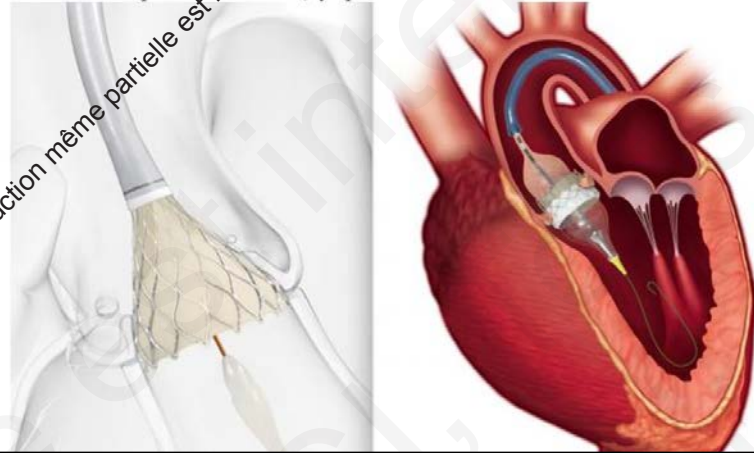
Non-transfemoral TAVI may be considered in
patients who are inoperable and unsuitable for
transfemoral TAVI.



Base scientifique de l'extension des indications du TAVI

Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Self-Expanding Valve in Low-Risk Patients

Jeffrey J. Popma, M.D., G. Michael Deeb, M.D., Steven J. Yakubov, M.D., Mubashir Mumtaz, M.D., Hernal Gada, M.D., Daniel O'Hair, M.D., Tanvir Bajwa, M.D., John C. Heiser, M.D., William Merhi, D.O., Neal S. Kleiman, M.D., Judah Askev, M.D., Paul Sorajja, M.D., Joshua Rovin, M.D., Stanley J. Chetcuti, M.D., David H. Adams, M.D., Paul S. Teirstein, M.D., George L. Zorn III, M.D., John K. Forrest, M.D., Didier Tchétché, M.D., Jon Resar, M.D., Antony Walker, M.D., Nicolo Piazza, M.D., Ph.D., Basel Ramlawi, M.D., Newell Robinson, M.D., George Petrossian, M.D., Thomas G. Gleason, M.D., Jack Oh, M.D., Michael J. Boulware, Ph.D., Hongyan Qiao, Ph.D., Andrew S. Mugglin, Ph.D., and Michael J. Reardon, M.D., for the Evolut Low-Risk Trial Investigators*



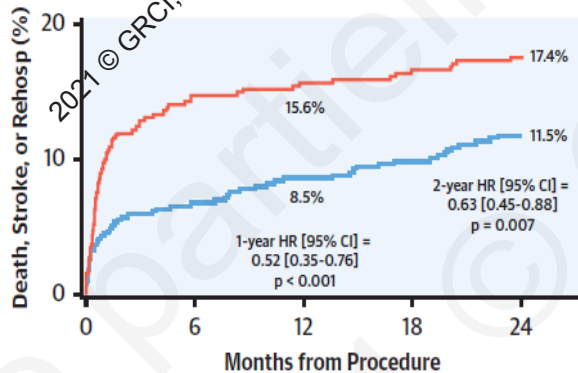
Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low-Risk Patients

M.J. Mack, M.B. Leon, V.H. Thourani, R. Makkar, S.K. Kodali, M. Russo, S.R. Kapadia, S.C. Malaisrie, D.J. Cohen, P. Pibarot, J. Leipsic, R.T. Hahn, P. Blanke, M.R. Williams, J.M. McCabe, D.L. Brown, V. Botnaros, S. Goldman, W.Y. Szeto, P. Genereux, A. Pershad, S.J. Pocock, M.C. Alu, J.G. Webb, and C.R. Smith, for the PARTNER 3 Investigators*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

2019 : FDA Approved TAVI for LOW-RISK Patients

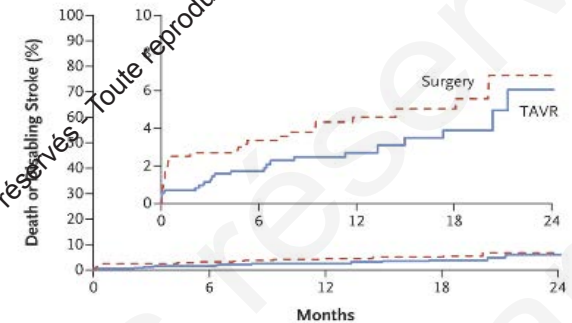
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE



Number at risk:

	0	6	12	18	24
Surgery	454	379	371	357	345
TAVR	496	462	453	444	431

Age moyen = 74 ans
CI: bicuspidie
Résultats à 2 ans



No. at Risk

	0	6	12	18	24
Surgery	678	576	366	195	69
TAVR	725	648	435	233	80

HAS – JO 2021

EDWARDS SAPIEN 3, bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie transfémorale (système COMMANDER)

Demandeur : EDWARDS LIFESCIENCES SAS (France)

Fabricant : EDWARDS LIFESCIENCES LLC (Etats-Unis)

Les modalités et références proposés par le demandeur (cf. page 5)



SAPIEN 3
Edwards LifeSciences

Indications retenues :	<p>Patients âgés de plus de 65 ans à bas risque (STS < 4%) ayant une sténose aortique native sévère symptomatique ($SVA_{oi} < 0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$) sur orifice tricuspidé, sans indication chirurgicale valvulaire mitrale ou coronaire (tronc commun et/ou SYNTAX > 32) associée et avec une anatomie favorable à la voie transfémorale. L'indication doit être posée lors d'une <u>réunion multidisciplinaire</u> en prenant en compte les scores de risque et les comorbidités associées.</p> <p>Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ou ayant des calcifications importantes dans la chambre de chasse sous aortique ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). Il est rappelé la nécessité du respect des contre-indications figurant au marquage CE du dispositif EDWARDS SAPIEN 3.</p>
Service Attendu (SA) :	Suffisant.
Comparateurs retenus :	Chirurgie de remplacement valvulaire aortique.
Amélioration du SA :	ASA de niveau III.

Place accrue des bioprothèses

A bioprosthesis is recommended when good-quality

Une bioprothèse est recommandée si l'anticoagulation est improbable (*observance*) ou CI par un risque hémorragique élevé (*atcd, souhait du pt, mode de vie etc...*)

style, occupation) and in those patients whose life expectancy is lower than the presumed durability

Si l'espérance de vie du patient excède la durabilité présumée

NEW

Conclusion

- Chez les patients asymptomatiques ayant un RA serré, les indications de remplacement valvulaire sont élargies
- La prise en charge d'un patient avec RA serré doit se faire dans un Valve Center
- Une discussion en Heart Team doit se faire pour tout patient ayant un RA serré et la recommandation doit être ensuite discutée avec le patient
- Le TAVI a vu ses indications s'élargir aux patients ≥ 75 ans sous réserve d'une voie fémorale réalisable (IA)
- Le RVA chirurgical est recommandé chez les patients < 75 ans à bas risque et les patients non accessibles à la voie fémorale et opérables



Recommandations Américaines

1

1. For symptomatic and asymptomatic patients with severe AS and any indication for AVR who are <65 years of age or have a life expectancy >20 years, SAVR is recommended.¹²³⁻¹²⁵

RVA pour les Pts < 65 ans

1

A

2. For symptomatic patients with severe AS who are 65 to 80 years of age and have no anatomic contraindication to transfemoral TAVI, either SAVR or transfemoral TAVI is recommended after shared decision-making about the balance between expected patient longevity and valve durability.^{123,126-130}

Discussion TAVI ou RVA pour les Pts de 65-80 ans symptomatiques et accessibles au TF

1

A

3. For symptomatic patients with severe AS who are >80 years of age or for younger patients with a life expectancy <10 years and no anatomic contraindication to transfemoral TAVI, transfemoral TAVI is recommended in preference to SAVR.^{123,126-132}

TAVI pour les Pts symptomatiques > 80 ans accessibles au TF

Circulation 2021

Merci de votre attention

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.