

TAVI et risque d'obstruction coronaire : Et si on se mettait la pression

ACCA – 9 janvier 2023

Pierre AMIENS



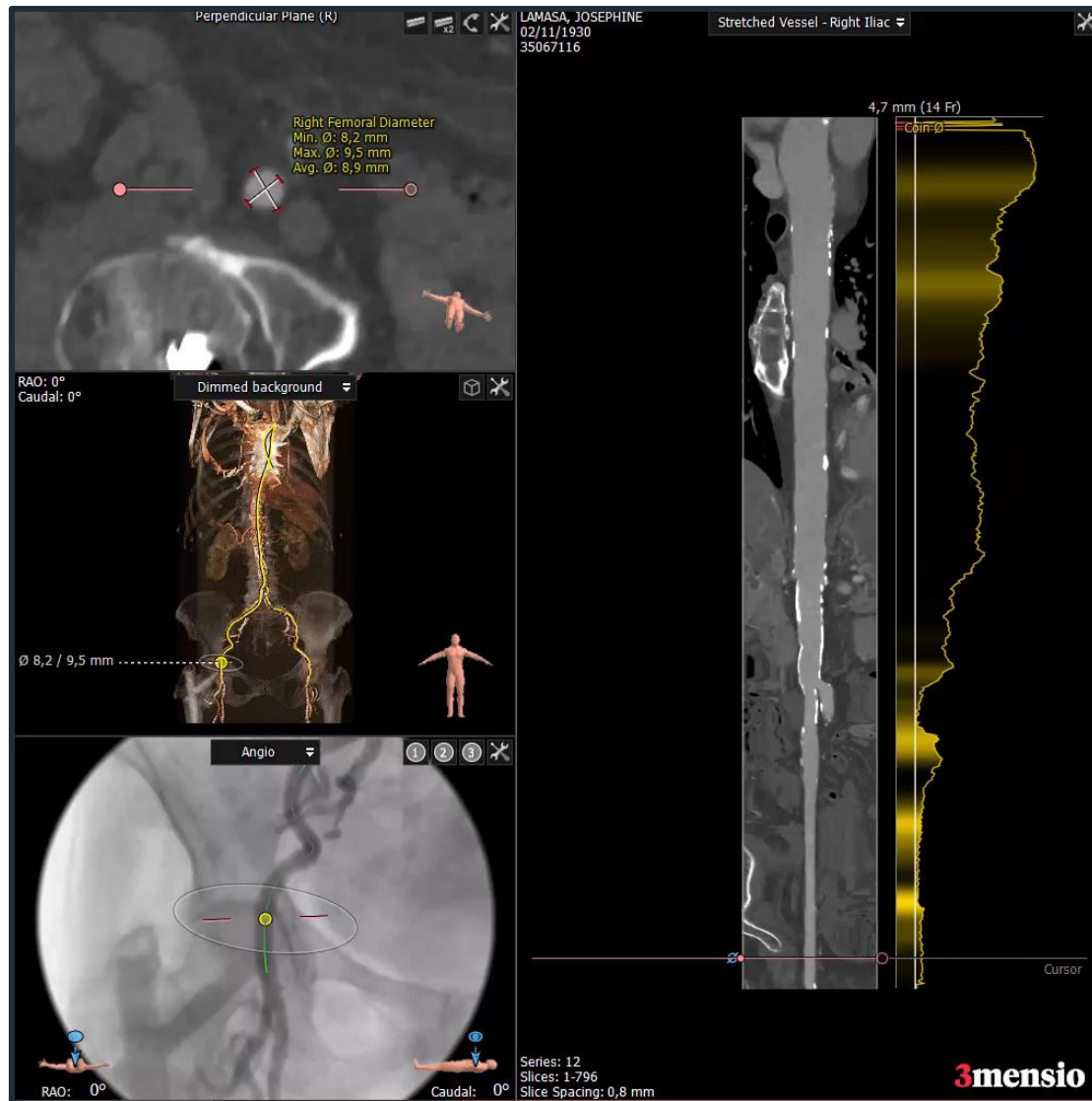
Données cliniques

- Femme, 93 ans
- RA Gmoy 83 mmHg, Vmax 5,8m/s, HTAP, FEVG préservée
- NYHA IV
- BAV1, QRS fins

Histoire clinique

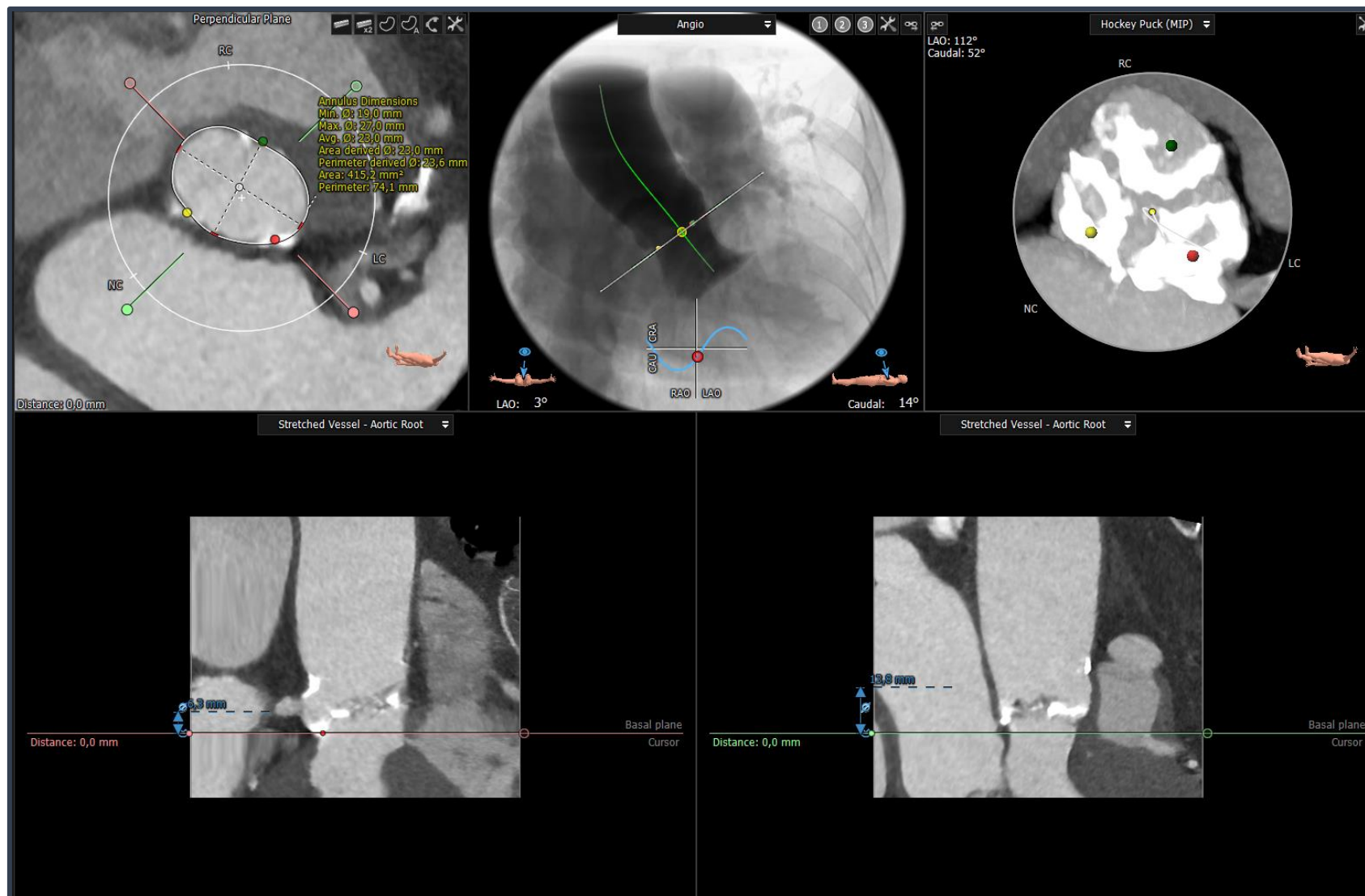
- Patiente Corse
- Prise en charge entre la consultation d'anesthésie et la sortie post TAVI : 6 jours
- Retour en Corse à J8

Scanner – Axes fémoraux



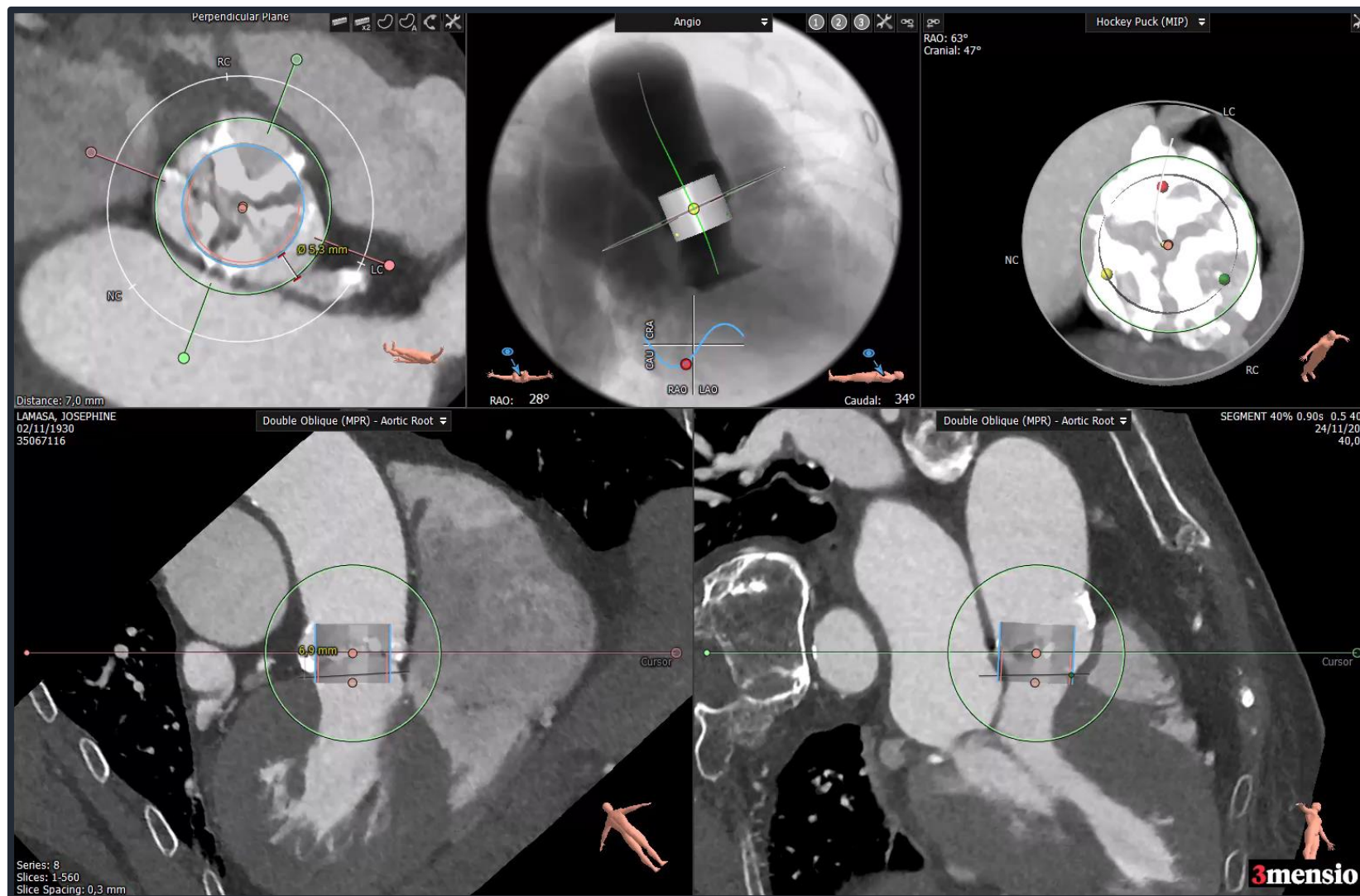
AFC : 8mm
Calcification iliaque non sténosante
Tortuosité modérée

Scanner – Racine Aortique



Anneau : 415 mm²
JST : 28 mm
Largeur Sinus : 29 mm
Hauteur sinus : 14 mm
Ostia CD : 13,8 mm
Ostia CG : 6,3 mm

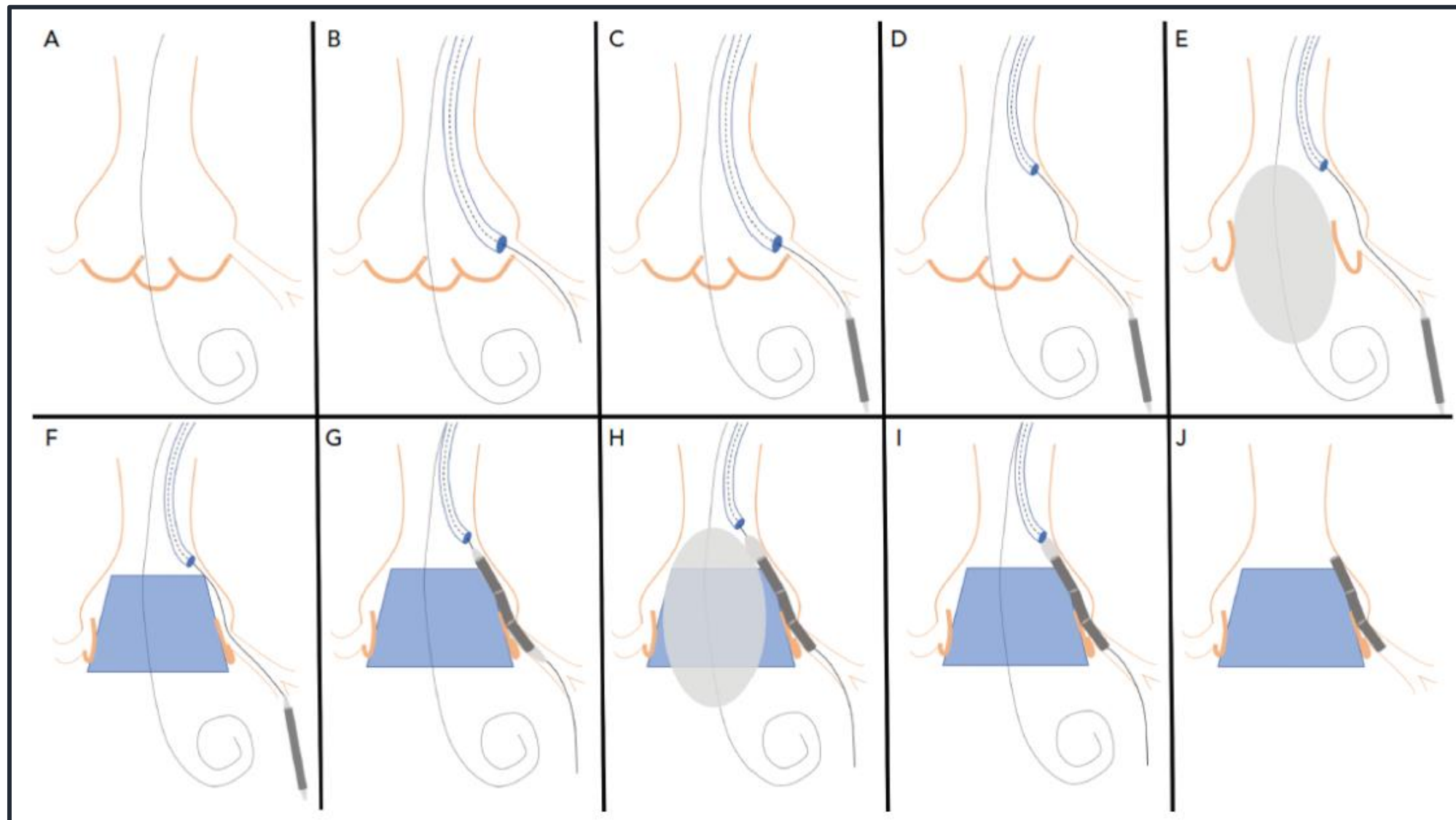
Scanner – Virtual Valve



Distance Valve – CG = 5mm
Calcifications sévères

↓
Haut risque d'obstruction
coronaire

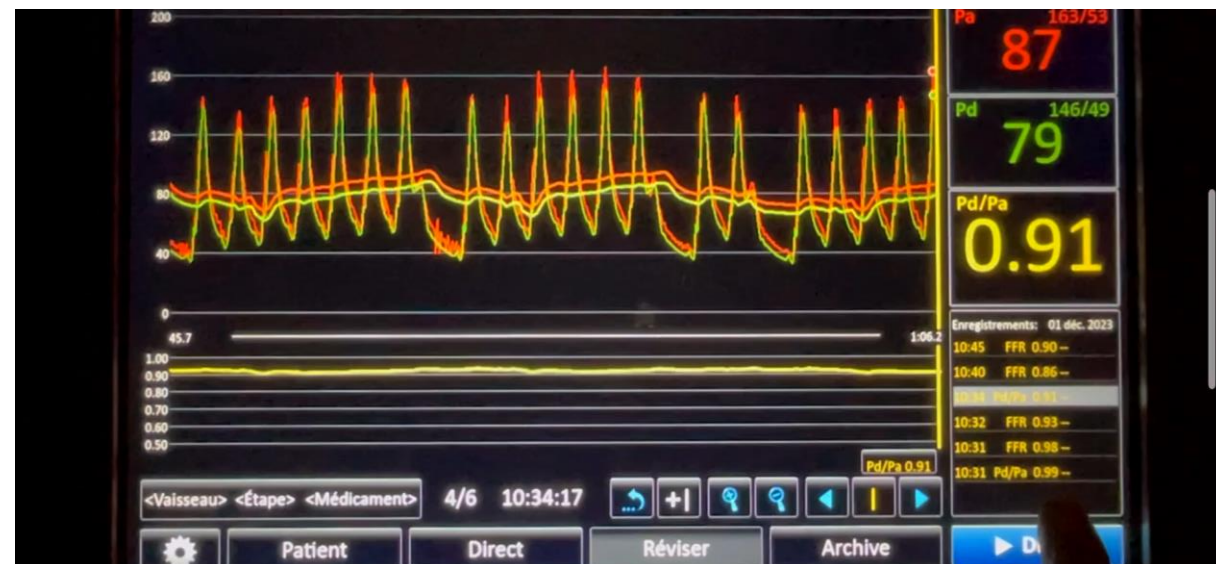
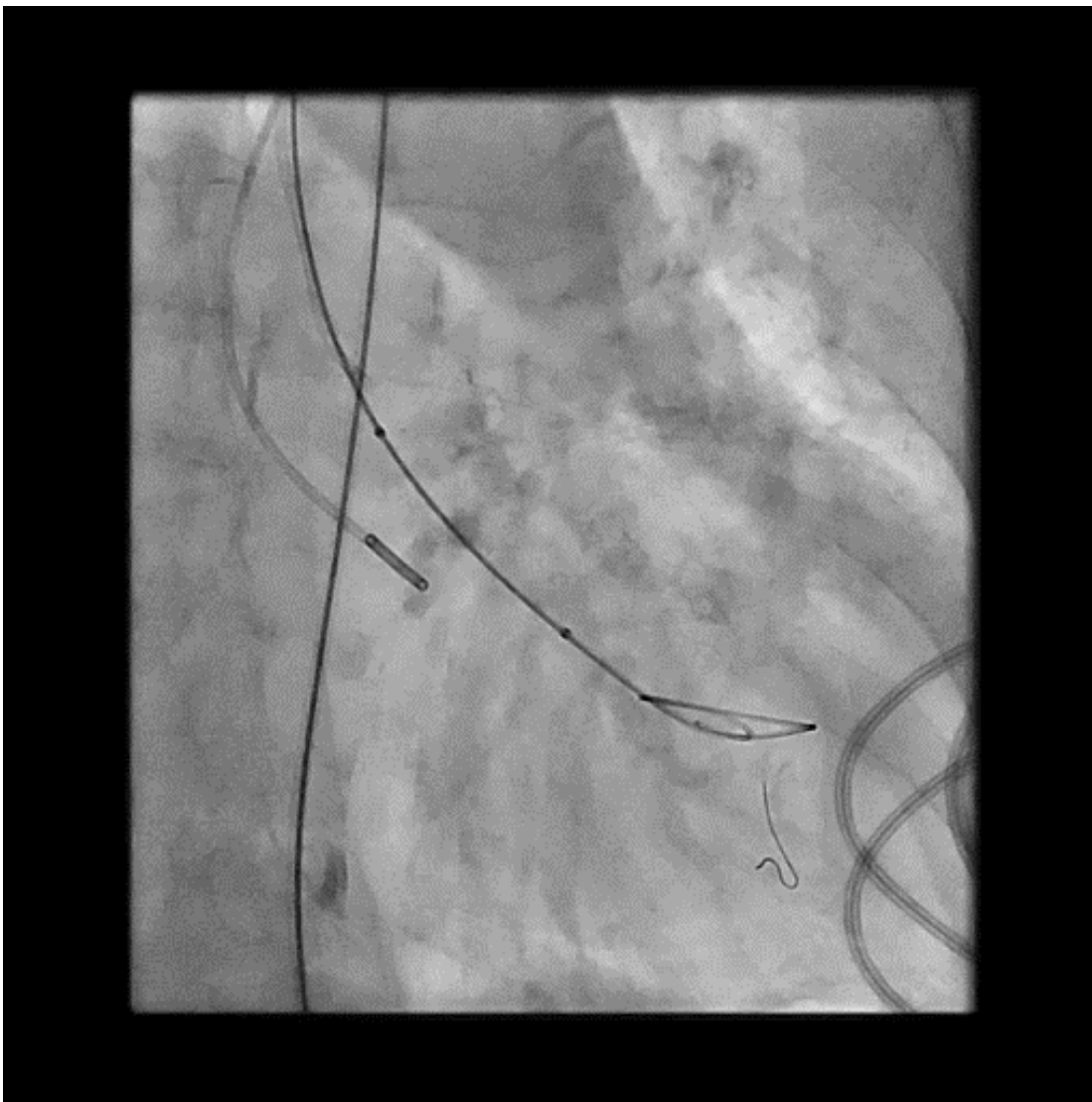
La technique de la « cheminée »



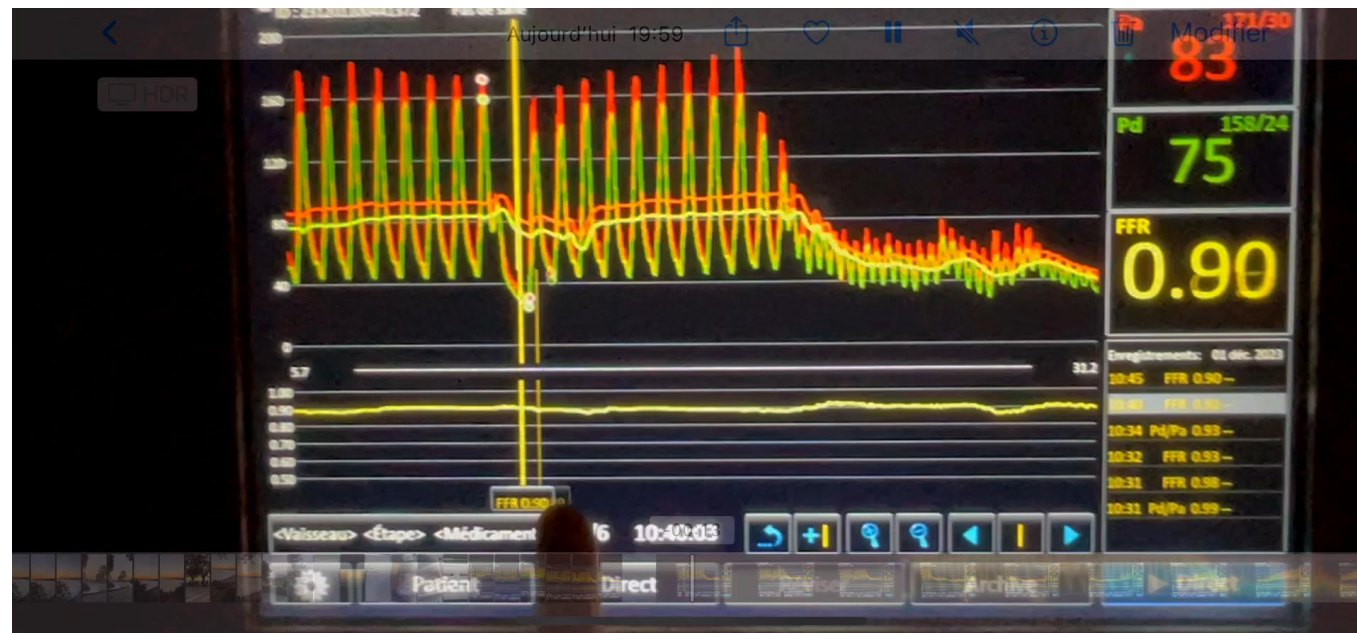
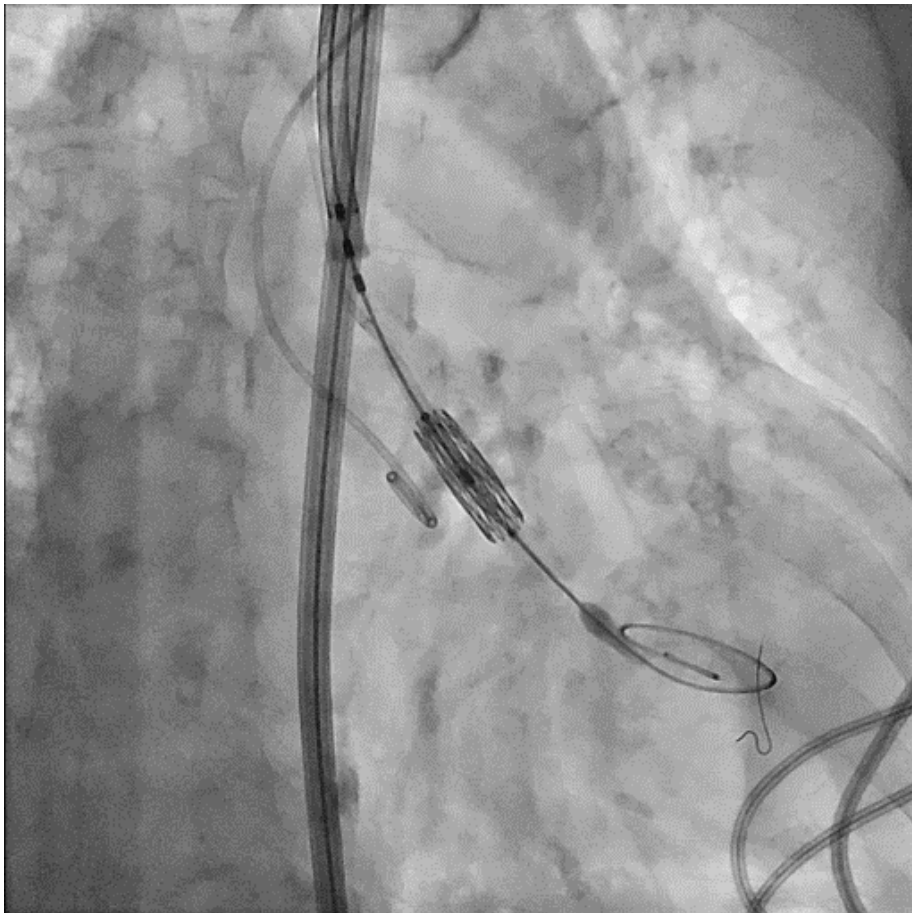
Plan de vol

- Abord fémoral droit et bi-radial
- Prédilatation
- Protection et monitoring de la perfusion du TCG par un guide pression
- EDWARDS S3 ULTRA 23 mm

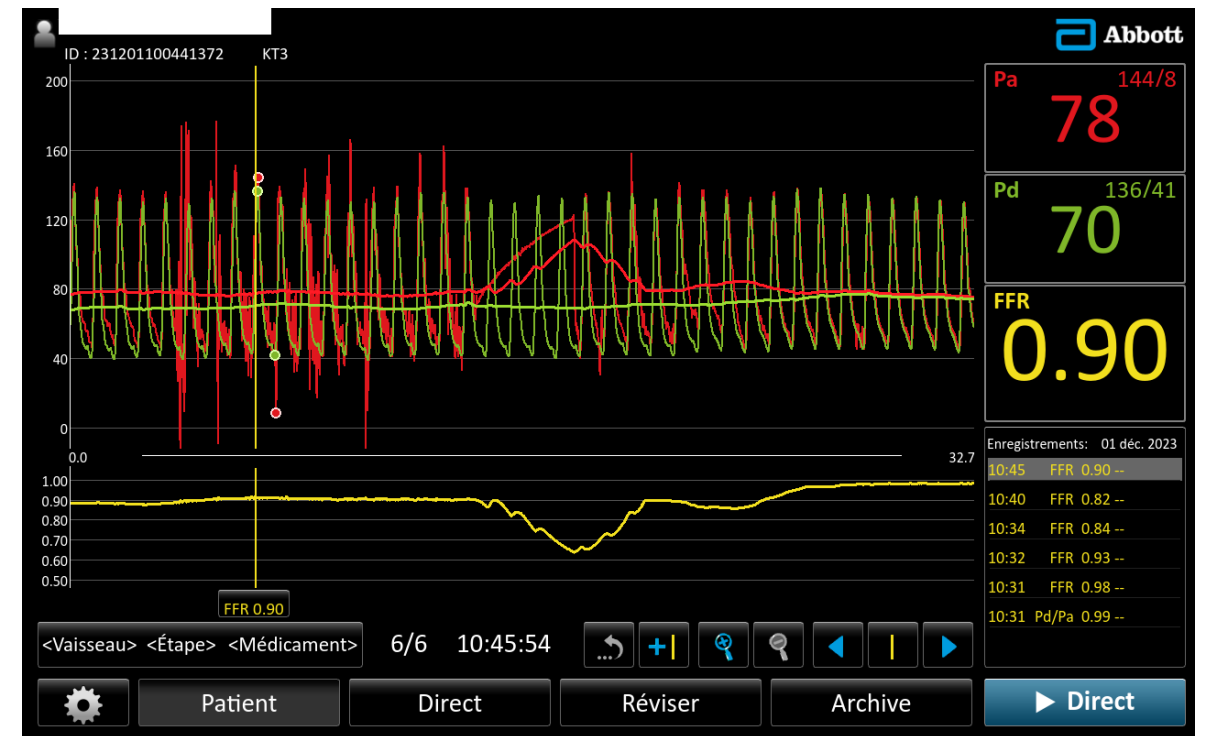
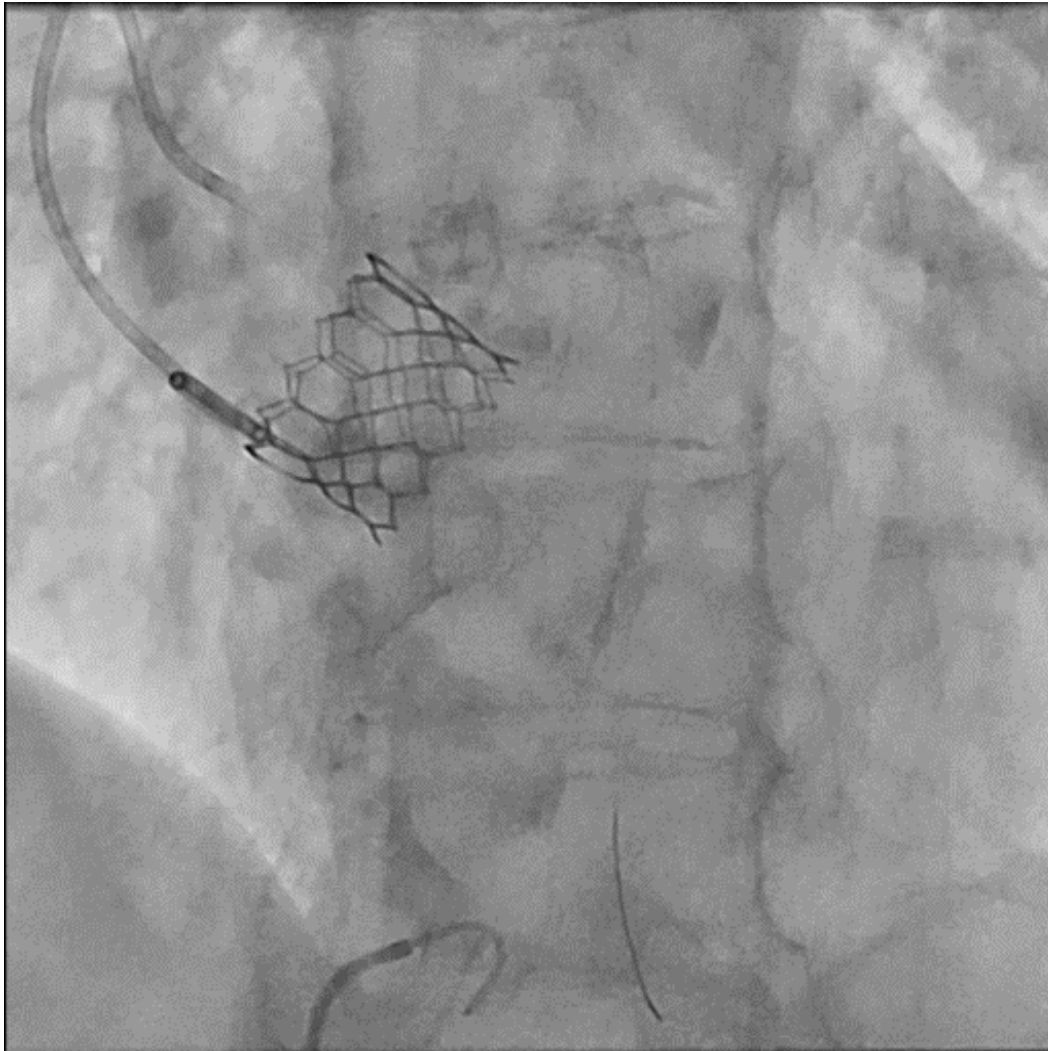
Prédilatation



Implantation



Contrôle angiographique et hémodynamique



Conclusion

Méthode d'évaluation hémodynamique du risque d'obstruction coronaire



Objectif



Moins invasif (pas de stent)



Plus sure pour le patient



Etude multicentrique en devenir