

Item 150 – Surveillance des porteurs de valves et de prothèse vasculaires

Types de prothèse valvulaire			
	Prothèses mécaniques	Bioprothèses	TAVI
Exemples	<i>Starr-Edwards, Biörh Shiley, Saint-Jude, Sorin...</i>	<i>De Hancock, de Carpentier-Edwards, de Ionescu-Shiley</i>	<i>Prothèse Edwards Sapiens, Corevalve Medtronic</i>
Avantages	Durabilité ++	Pas de Tt au long cours	
Inconvénients	Tt anticoagulant à vie	Durée de vie limitée	
Indications	- Age jeune - Déjà sous anticoagulation < 60 ans pour valves aortiques < 65 ans pour valves mitrales - Longue espérance de vie	> 75 ans - Femme jeune avec désir de grossesse - Impossibilité Tt anticoagulant > 65 ans pour valves aortiques ou > 70 ans pour valve mitrale, avec espérance de vie < durée de vie de la prothèse	
Surveillance			
Post-opératoire immédiate	<u>Clinique</u> : température, cicatrice, rigidité sternale, absence de douleur thoracique, pas d'IC, pas de complications thrombo-emboliques <u>Paraclinique</u> : ECG, RX, Bio, ETT (ETT du 3^{ème} mois = examen de référence) - Tt par héparine puis relais AVK - Convalescence vers J8-J10 dans centre spécialisé pour réadaptation fonctionnelle pendant 3-4 semaines		
Au long cours	Médecin traitant tous les mois (examen clinique et INR) Cardio 3^{ème} mois (écho Doppler) puis tous les 4 mois la 1^{ère} année puis 1-2 x/an + Echo-Doppler annuelle <u>Chez porteurs de bioprothèse</u> : rapprochement de la surveillance à partir de la 6^{ème} année <u>Surveillance clinique</u> : recherche symptômes IC ou dyspnée, auscultation prothèse, rech fièvre et foyers infectieux <u>Surveillance paraclinique</u> : ECG, Rx, Radiocinéma de valve mécanique, échodoppler, +/- ETO <u>Surveillance Tt anticoagulant</u> :		
	Risque thrombotique de la prothèse	Pas de FdR liés au patient	FdR : remplacement valvulaire mitral ou tricuspide, ATCD thromboemboliques, FA, sténose mitrale, FEVG < 35%
	Faible : Carbomedics, Medtronic Hall, Saint-Jude, Medical, ON-X	INR cible : 2,5	INR cible : 3
	Moyen : autres valves à double ailette	INR cible : 3	INR cible : 3,5
	Haut : Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards, Bjork-Shiley, valves à disque	INR cible : 3,5	INR cible : 4
	- <u>Indications du Tt anticoagulant</u> : valves mécaniques, bioprothèses avec aures indications à anticoagulation, 3 mois post-op d'1 plastie mitrale,		

	+ aspirine si valve mécanique + maladie athéromateuse, + aspirine si valve mécanique + ATCD épisode thromboembolique avec INR équilibré, 3 mois post-op bioprothèse mitrale ou tricuspide, aspirine ou anticoagulation dans les 3 mois post-op bioprothèse aortique - Cas particuliers : → Extraction dentaire : AVK ou relais par héparine, + prévention EI → Chir cardiaque : arrêt AVK et relais → Grossesse : T1 HBPM, T1-J-15 : AVK, 15 derniers jours héparine																		
Complications																			
Complications infectieuses	▪ Endocardites +++ ▪ La + redoutable ▪ Diagnostic : syndrome infectieux clinique + fièvre, syndrome inflammatoire biologique, hémoc +, ETT/ETO																		
	<table><tr><td colspan="2">Endocardites précoces post-op</td><td>Endocardites tardives</td></tr><tr><td>Survenue</td><td>< 12^{ème} mois</td><td>> 12^{ème} mois</td></tr><tr><td>Germes</td><td>Staph, BGN</td><td>Staph, Cf germes valves natives</td></tr><tr><td>Pronostic</td><td>Sévère, 60% DC</td><td>Meilleur</td></tr><tr><td>Tt</td><td colspan="2">ATB +/- reprise chirurgicale</td></tr><tr><td colspan="3">Caractère aigu et souvent désinsertion de prothèse</td></tr></table>	Endocardites précoces post-op		Endocardites tardives	Survenue	< 12 ^{ème} mois	> 12 ^{ème} mois	Germes	Staph, BGN	Staph, Cf germes valves natives	Pronostic	Sévère, 60% DC	Meilleur	Tt	ATB +/- reprise chirurgicale		Caractère aigu et souvent désinsertion de prothèse		
	Endocardites précoces post-op		Endocardites tardives																
	Survenue	< 12 ^{ème} mois	> 12 ^{ème} mois																
	Germes	Staph, BGN	Staph, Cf germes valves natives																
	Pronostic	Sévère, 60% DC	Meilleur																
	Tt	ATB +/- reprise chirurgicale																	
Caractère aigu et souvent désinsertion de prothèse																			
Complications thromboemboliques	▪ Mécanique > bioprothèse, valve ancienne > récente, mitrale > aortique ▪ Embolies systémiques ▪ Thrombose de prothèse																		
	<table><tr><td>Thrombose</td><td>ETT / ETO</td><td>Conséquences</td><td>Traitement</td></tr><tr><td>Obstructive</td><td>ETT</td><td>Accidents brutaux (OAP, syncope, décès, choc), dysfonction de la prothèse, embolies</td><td>Chirurgie urgente</td></tr><tr><td>Non-obstructive</td><td>ETO</td><td>Embolies</td><td>Tt anti-coagulant</td></tr></table>	Thrombose	ETT / ETO	Conséquences	Traitement	Obstructive	ETT	Accidents brutaux (OAP, syncope, décès, choc), dysfonction de la prothèse, embolies	Chirurgie urgente	Non-obstructive	ETO	Embolies	Tt anti-coagulant						
	Thrombose	ETT / ETO	Conséquences	Traitement															
	Obstructive	ETT	Accidents brutaux (OAP, syncope, décès, choc), dysfonction de la prothèse, embolies	Chirurgie urgente															
Non-obstructive	ETO	Embolies	Tt anti-coagulant																
Désinsertion de prothèse	▪ 1ers mois post-op ▪ 1,5 % ▪ Spontanée ou compliquant EI ▪ Peu importante => souffle inconstant ▪ Importante => aggravation fonctionnelle (IC et majoration d’une hémolyse) ▪ Diagnostic : ETT et ETO => fuite para-prothétique ▪ +/- mouvement de bascule ▪ Intervention chirurgicale si : EI, désinsertion importante, hémolyse importante																		
	Dégénérescence de bioprothèse	▪ Calcifications ▪ Déchirures ▪ Surtout après 7 ans ▪ Augmente si âge jeune, grossesse, IRénale ▪ ETT +++																	
		Complications du Tt anticoagulant	▪ Accidents hémorragiques ▪ 1,2% an																
		Autres complications	▪ Hémolyse, maladie de la bille, fracture d’une ailette ou d’un disque avec embolisation de l’élément rompu																