

Extension des indications de TAVI aux sujets jeunes:

Risque Conductif

Frédéric Anselme
CHU de Rouen

CARDIORUN 2023

Généralités

- Extension des indications = bénéfiques pour le plus grand nombre de patients
- Réduction des risques
- Le risque numériquement le plus important : tr. Conductif
 - Responsable d'une augmentation de la durée de séjour
 - Taux global d'implantation entre 3,5 et 27%
 - Variations importantes selon le type de valves
 - Pas de diminution sensible avec les nouvelles valves

Gilard M, et al. N Engl J Med. 2012;366(18):1705-15
Ando T, et al. Int. J Cardiol. 2016;220:472-8

Facteurs Prédicatifs Pré-Procédure

Characteristics
ECG
Right BBB
PR-interval prolongation
Left anterior hemiblock
Patient
Older age (per 1-year increase)
Male sex
Larger body mass index (per 1-unit increase)
Anatomical
Severe mitral annular calcification
LV outflow tract calcifications
Membranous septum length
Porcelain aorta
Higher mean aortic valve gradient

Comment mieux sécuriser la procédure ?

- **Choix de la prothèse / évolution des prothèses**
- Avoir une attitude validée et sûre face aux tr. Conductifs
- Diminution de la morbidité induite par la stimulation cardiaque

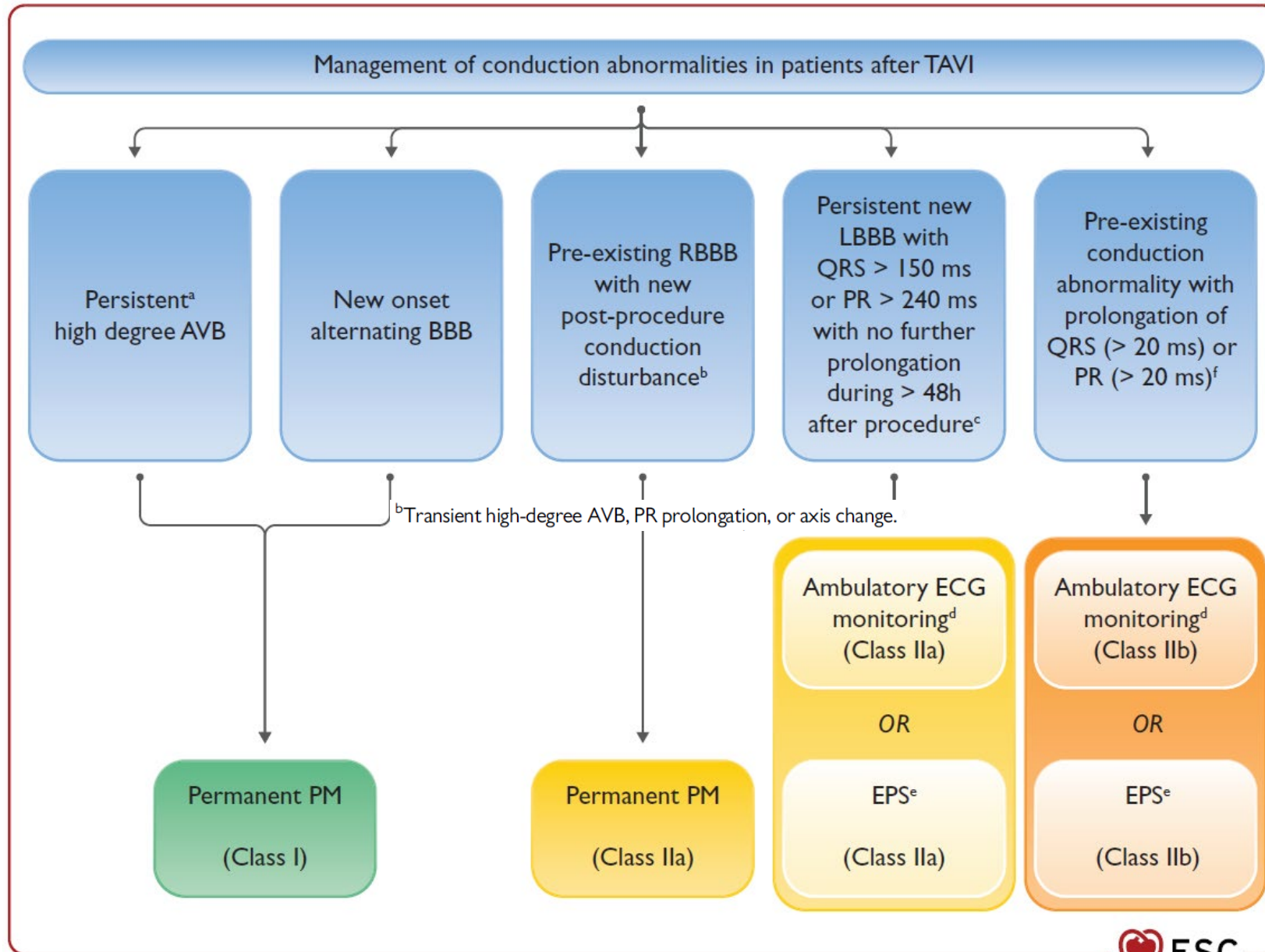
Comment mieux sécuriser la procédure ?

- Choix de la prothèse / évolution des prothèses
- Avoir une attitude validée et sûre face aux tr. Conductifs
- Diminution de la morbidité induite par la stimulation cardiaque

Situations tranchées

- Pas de troubles conductifs pendant et dans les 24-72H (ES vs CV) qui suivent la procédure
 - Très peu d'événements rythmiques
 - Pas de PM

CAT face à des troubles conductifs post TAVI



EPS ≥ 3 jours
HV > 70 ms → PM

Holter de longue durée:
7 - 30 J

Questions face à des troubles conductifs post-TAVI

- 1- Temps de surveillance post-TAVI ?
- 2- Examens complémentaires ?
- 3- Indication à un pacemaker ?

Tentative de Synthèse

1- Temps de surveillance post-TAVI ?

- J1 si ECG normal ou pas de modification d'ECG hors BBD à J0
- \geq J2 dans les autres cas

2- Examens complémentaires ?

- Modification de l'ECG : BBG $>$ 150 ms / PR $>$ 240 ms à J2 \rightarrow EEP à J3 ou Holter LD
- Modif. de TC préexistants $>$ 20 ms (QRS/PR) à J2 \rightarrow EEP à J3 ou Holter LD

3- Indication à un pacemaker ?

- BAVc permanent ou bloc alternant \rightarrow PM
- BBD préexistant + modifications axe QRS / PR / BAV \rightarrow PM
- HV $>$ 70 ms à J3

Comment mieux sécuriser la procédure ?

- Choix de la prothèse / évolution des prothèses
- Avoir une attitude validée et sûre face aux tr. Conductifs
- Diminution de la morbidité induite par la stimulation cardiaque

Choisir la bonne méthode de stimulation cardiaque permanente

- Stimulation conventionnelle:
 - + Éprouvée
 - - Induction d'un asynchronisme de contraction: cardiomyopathie induite
 - - Morbidité à l'implantation et induite par la présence des sondes (infections, fracture de sonde ...)
- Stimulation du système de conduction (LBBAP)
 - + Respect de l'activation électrique physiologique
 - - Morbidité à l'implantation et induite par la présence des sondes
 - - Peu de recul
- Stimulation sans sonde
 - + Réduction prouvée de la morbidité secondaire
 - - Induction d'un asynchronisme de contraction: cardiomyopathie induite
 - - Peu ou pas de synchronisme AV

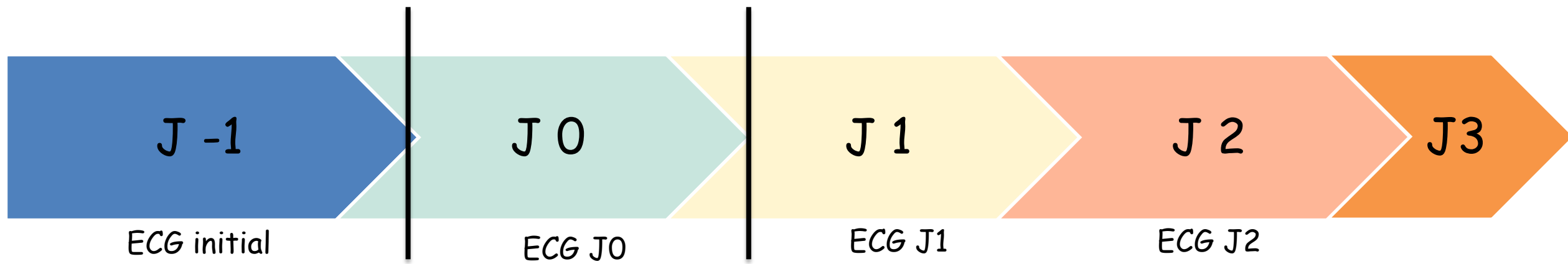
Pas si simple de choisir si on ajoute dans l'équation le % de patients significativement stimulé à long terme

En résumé

- Diminuer la morbidité induite par les tr. conductifs:
 - Réduction du risque de tr. conductifs per-procédure
 - Attitude efficace et sûre dans la gestion des Tr. conductifs secondaires
 - Choix avisé de la meilleure technique de stimulation permanente

Merci de votre attention





	RAS	Sortie		
QRS fin / PR court	BBG / PR long	QRS < 150 PR < 240 ms	Sortie	
	BAVC = PM			
BBD	RAS	RAS	Sortie	
	Modif. PR/axe/ BAV = PM			
BBG / PR long	RAS	QRS < 150 PR < 240 ms	Sortie	
	Si BAV = PM			
			QRS > 150 PR > 240 ms	EEP

Ventricular pacing percentage at the first device control according to PPI indications in patients with significant ventricular pacina percentaee

