



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Annales de
cardiologie
et d'angéiologie

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie xxx (2016) xxx-xxx

Fait clinique

Réparation mitrale à l'aide du MitraClip après échec précoce d'une réparation chirurgicale

Mitral valve repair with the MitraClip following surgical mitral annuloplasty failure

F. Picard*, V.-X. Tadros, X. Millán, A.W. Asgar

Interventional cardiology, department of medicine, Montreal heart institute, université de Montréal, 5000 Bélanger, Montréal, HIT 1C8 Québec, Canada

Reçu le 25 septembre 2015 ; accepté le 27 septembre 2016

Résumé

La réparation mitrale par MitraClip est en plein essor et évaluée dans différents aspects de la pathologie mitrale. Néanmoins, l'approche chirurgicale reste la pratique standard dans la prise en charge de l'insuffisance mitrale, du moins en l'absence de contre-indication. Nous rapportons la première expérience canadienne de réparation mitrale par MitraClip après échec précoce de réparation mitrale chirurgicale avec annuloplastie. Les considérations thérapeutiques et les difficultés potentielles inhérentes à cette prise en charge sont discutées.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : MitraClip ; Annuloplastie ; Insuffisance mitrale ; Réparation mitrale ; Échec chirurgical

Abstract

Mitral repair using the MitraClip device is on ongoing expansion and has been evaluated in different patterns of mitral regurgitation. Nevertheless, surgical approaches to mitral regurgitation remain the standard of care, at least in absence of contraindication. We report the first Canadian experience of mitral valve repair with the MitraClip following surgical mitral annuloplasty failure. Therapeutic considerations and potential challenges are discussed.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: MitraClip; Annuloplasty; Mitral regurgitation; Mitral repair; Surgical failure

1. Abréviations

IM insuffisance mitrale
ETT échocardiographie transthoracique
ETO échocardiographie transœsophagienne

2. Introduction

La réparation mitrale chirurgicale est l'intervention recommandée pour les patients présentant une insuffisance mitrale

(IM) sévère symptomatique ou une IM sévère asymptomatique avec dysfonction ventriculaire gauche [1]. Néanmoins, malgré cette réparation chirurgicale, une insuffisance mitrale non triviale peut survenir chez 50 % des patients à 5 ans et chez 80 % des patients à 7 ans [2]. Une réopération est associée à une mortalité et une morbidité significative. Le besoin d'une option moins invasive a donc mené à une approche alternative. Le MitraClip (Abbott Vascular, Menlo Park, CA) est un dispositif acheminé par voie percutanée de la veine fémorale dans l'oreillette droite puis gauche à travers le septum interauriculaire. Il permet de réunir les 2 parties centrales des feuillets antérieurs et postérieurs de la valve mitrale, créant un double orifice mitral. La réparation mitrale par MitraClip a été étudiée dans différents types d'insuffisance mitrale [3–5]. Nous

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fabien.picard@live.fr (F. Picard).

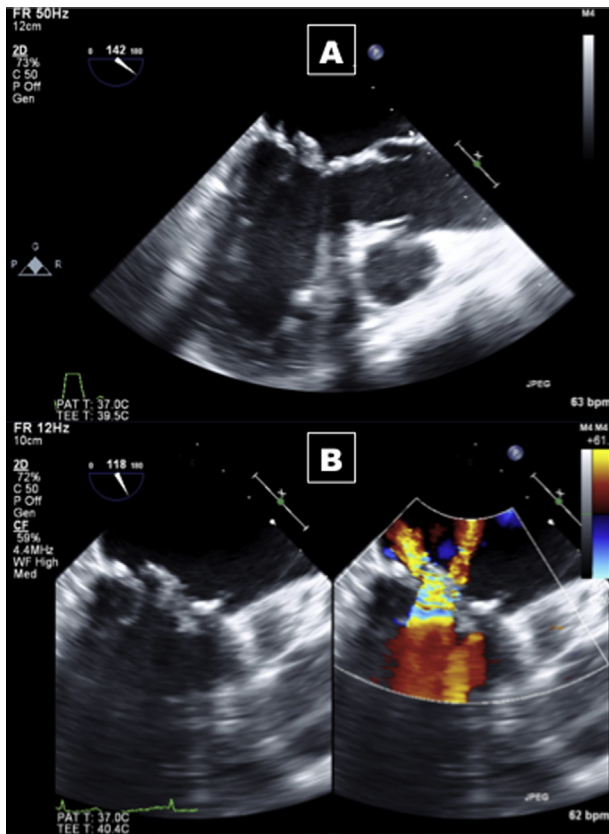


Fig. 1. Évaluation préopératoire de l'insuffisance mitrale. A. Coupe ETO-2D : prolapsus complet du feuillet mitral antérieur. B. Coupe ETO-2D : doppler couleur montrant une régurgitation mitrale sévère.

rapportons la première expérience canadienne de réparation mitrale par MitraClip post-échec de réparation mitrale chirurgicale.

3. Cas clinique

Un patient de 72 ans s'est présenté à la consultation cardiologique pour une dyspnée d'aggravation progressive NYHA III/IV. Il présente une hypertension traitée par Valsartan, une hypertrophie bénigne de prostate et a bénéficié 4 ans auparavant d'une réparation mitrale chirurgicale avec implantation d'un anneau Carpentier-Edwards de 30 mm associée à une annuloplastie tricuspide. Il a présenté une récurrence d'insuffisance mitrale objectivée par échocardiographie dès le 4^e mois postopératoire. Quatre ans après cette chirurgie, il présente à nouveau des signes d'insuffisance mitrale sévère symptomatique avec une dyspnée NYHA III/IV. L'examen physique retrouve un souffle 3/6^e d'insuffisance mitrale. Les échocardiographies transthoracique (ETT) et transœsophagiennes (ETO) retrouvaient alors un ventricule gauche de taille et de fonction normales, un anneau chirurgical facilement visualisé sans évidence de déhiscence de l'annuloplastie et une valve mitrale dégénérative avec prolapsus complet du feuillet mitral antérieur sur rupture de cordage, aboutissant à une fuite mitrale sévère (Fig. 1). Le gradient mitral au repos était de 2 mmHg. Un bilan préopératoire a alors été réalisé comportant une coronarographie normale, un bilan biologique

standard normal (notamment, numération formule sanguine et créatinine normaux), et un doppler des troncs supra-aortiques normal. Le score de risque de mortalité Euroscore II est à 2,13 %, le score STS à 2,81 %. Une évaluation pluridisciplinaire est réalisée et il est alors décidé de réaliser l'implantation d'un MitraClip avec une option chirurgicale en cas d'échec.

Après ponction transcutanée veineuse fémorale droite, il est réalisé une ponction transeptale postérieure sous guidance échocardiographique (Fig. 2). Le MitraClip est alors avancé à travers la valve mitrale de manière échoguidée pour permettre un franchissement le plus perpendiculaire possible au plan de la valve. Les feuillets antérieur et postérieur sont accrochés par le clip permettant une réduction mitrale conséquente. Le MitraClip est alors délivré. L'ETO per-intervention montre une réduction importante de l'insuffisance mitrale du grade IV à I+ (Fig. 3) associé à une légère augmentation du gradient moyen mitral de 2 à 5 mmHg. L'ETT post-intervention réalisée 2 jours après l'intervention retrouve un clip mobile, bien en place avec une insuffisance mitrale I+. Le gradient moyen mitral est mesuré à 5 mmHg, l'aire valvulaire à 1,8 cm². Il existe une petite communication interauriculaire iatrogénique sans conséquence hémodynamique. L'évolution étant rapidement favorable, le patient a pu rentrer à domicile au 2^e jour post-intervention. Le suivi à 6 mois retrouve une IM stable et un patient asymptomatique.

4. Discussion

Malgré une correction chirurgicale d'une IM avec annuloplastie, il existe un risque de récurrence d'une IM non triviale chez 50 % des patients à 5 ans et chez 80 % des patients à 7 ans et une réintervention chirurgicale est grevée d'une morbi-mortalité nettement plus importante [2]. Il existe donc un réel besoin d'une intervention moins invasive et moins risquée pour les patients à haut-risque chirurgical. Lim et al. [6] ont été les premiers à proposer cette approche. Nous décrivons la première expérience de cette procédure au niveau canadien. Bien que dans notre cas, l'implantation d'un MitraClip a permis de réduire l'IM d'un grade IV à un grade I+, il peut exister différentes situations rendant son implantation difficile.

4.1. Nécessité d'une imagerie optimale

La réparation mitrale percutanée par MitraClip est extrêmement dépendante de l'imagerie per-procédure car le MitraClip doit être guidé depuis l'oreillette gauche. L'utilité traditionnelle de la fluoroscopie est ici nécessaire mais insuffisante, notamment en ce qui concerne le placement des clips sur les feuillets mitraux. L'ETO est indispensable pour déterminer l'insertion adéquate des clips sur les feuillets et le placement du Mitraclip pour réduire l'IM de manière optimale. Bien que l'utilisation de la fluoroscopie et de l'ETO soit généralement suffisante pour réaliser le placement du MitraClip dans des conditions standard, la présence d'une annuloplastie chirurgicale préalable peut parfois perturber ces techniques d'imagerie par création d'un cône d'ombre échocardiographique comme précédemment rapporté [6,7]. Pour surmonter cette difficulté, l'utilisation de l'ETT peut

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596488>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596488>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)