

## Groupe de réflexion sur la prise en charge des valvulopathies par les techniques percutanées de la SFCTCV

### Résumé de la réunion du 21 septembre 2021

Présents : Pr T. Folliguet, Pr L. Labrousse, Dr T. Modine, Pr J. Jouan

Notre domaine de réflexion couvre les thérapeutiques interventionnelles alternatives à la chirurgie cardiaque utilisant la CEC pour le traitement des valvulopathies.

Pour ce qui est de la valve aortique, le TAVI entre dans sa 2<sup>e</sup> décennie d'existence. Nous sommes passés d'une utilisation dans le très haut risque au risque intermédiaire à faible. Les recommandations actuelles de l'HAS impliquent la présence de 2 opérateurs mais un chirurgien n'est pas indispensable pour les abords vasculaires transfémoraux habituels. Nous pensons qu'à moyen terme, les indications du TAVI vont s'étendre aux patients de moins en moins âgés et ce malgré l'absence de données solides sur les taux de dégénérescence structurelle à 10 ans et sur les conséquences des troubles conductifs observés. Par ailleurs compte-tenu de ce qu'a recommandé l'HAS il est probable que les centres de cardiologie interventionnelle ne disposant pas de chirurgie cardiaque, puissent rapidement développer des programmes TAVI. Néanmoins, en restant vigilant sur une présence chirurgicale dans les Heart teams qui restent indispensable à la validation des dossiers, nous pouvons garder un regard critique sur cette activité.

Pour les cardiologues, l'autorisation de réaliser ce type de procédure passe un agrément qui nécessitera la validation d'un DU et la justification d'une cinquantaine de procédures en tant qu'opérateur principal. Nous sommes convaincus que les chirurgiens cardiaques en formation doivent eux aussi pouvoir bénéficier de cet agrément s'il justifie du même pré-requis. Nous travaillons donc actuellement à ce que ce DU soit accessible pour un certain nombre de jeunes chirurgiens cardiaques (6 à 8 en 3<sup>e</sup> année de clinicat) déjà impliqués à un niveau important qu'il conviendra de définir précisément dans leur centre respectif. Pour les autres chirurgiens, plus anciens, l'agrément passera simplement par la justification d'un certain nombre de procédures en tant qu'opérateur principal.

Pour la valve mitrale, les résultats cliniques du Mitraclip à court terme dans l'insuffisance mitrale fonctionnelle et surtout son faible taux de complications notamment chez les patients âgés expliquent l'essor de cette technique au plan national. Néanmoins, là encore les données à plus long terme manquent et il est probable qu'à l'instar de l'annuloplastie restrictive chirurgicale les résultats au-delà de la première année ne voient l'importance de la fuite réaugmenter. La technique elle-même ne nécessite pas la présence d'un chirurgien cardiaque mais la connaissance de l'anatomie et de la structure de la valve mitrale est un avantage pour notre spécialité par rapport aux cardiologues interventionnels lors des procédures où la guidance échocardiographique est primordiale. La pierre angulaire de ces techniques réside dans l'expertise de l'échocardiographe avec lequel, en général, le chirurgien a développé une relation privilégiée depuis des années au bloc opératoire. Néanmoins, il est important de noter que la chirurgie cardiaque reste largement sous-représentée dans ce type de programme et que cela pose le problème de ne plus être en mesure pour nous chirurgiens de ne plus être en mesure de décider quels patients sont à orienter préférentiellement vers la chirurgie. Il nous apparaît donc urgent que chaque service identifie des chirurgiens, préférentiellement non impliqués dans le programme TAVI, avec une bonne connaissance de l'ETO peropératoire, qui

souhaitent s'investir dans le structurel mitral. Les mêmes remarques sont bien entendu valables en ce qui concerne la valve tricuspide même si pour l'instant l'utilisation du triclip est conditionnée à l'entrée dans un protocole.

Le comité restreint des responsables du comité de réflexion sur le structurel propose donc :

- De poursuivre le travail sur l'intégration dans le DIU de coronarographie et structurel de jeunes chirurgiens en 3<sup>e</sup> année de clinicat afin qu'il puisse prétendre à obtenir un agrément pour le TAVI (T. Folliguet et L. Labrousse)
- De recommander aux chefs de service de chirurgie cardiaque d'investir au sein de chaque centre les programmes en développement de Mitra-clip et de remplacement valvulaire mitral ou tricuspide percutané
- D'assurer la présence de membres du groupe de réflexion au sein des comités de surveillance des différentes techniques
- Une réunion avec l'ensemble des membres du groupe de réflexion au mois de novembre afin de discuter :
  - o Des points énumérés plus haut
  - o Des derniers résultats publiés sur les différentes techniques percutanées concernant la valve aortique (T. Modine) ainsi que la valve mitrale et tricuspide (J. Jouan)

Pour les membres de la réunion

J. Jouan