

ITEM 153 : SURVEILLANCE DES PORTEURS DE VALVES ET PROTHÈSES VASCULAIRES

Fiche réalisée en priorisant les rangs/informations de la fiche LiSA > Collèges (Cardio/Med vas > Pilly)

PROTHÈSE VALVULAIRE			
	Type	Prothèse mécanique	Bioprothèse
Choix de prothèse	Caractéristique	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse à double ailettes construite à partir de titane et de carbone qui se mobilise sur un axe central - Ouverture des ailettes en systole et fermeture en diastole - Anneau recouvert de Dacron™ ou Teflon™ permettant l'ancrage à la structure biologique <i>Anciennement : prothèse à bille cagée ou disque basculant (haut risque thrombogène)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Hétéogreffe : valve en péricarde de porc ou de veau ± collerette métallique en Dacron™ ou Teflon™, chirurgicale ou percutanée (TAVI) - Homogreffe : rarement, mieux tolérée, réservée aux endocardites aortiques du sujet jeune (pénurie de greffons)
	Avantage	<ul style="list-style-type: none"> - Durabilité illimitée (1 seule intervention) sauf complications 	<ul style="list-style-type: none"> - Biocompatible → Aucun anticoagulant au long cours si le rythme est sinusal - En position mitrale : AVK x 3 mois en post-op (durée d'endothélisation) - En position aortique : AAP x 3 mois en post-op (durée d'endothélisation) - Bonne performance hémodynamique (faible gradient en l'absence de dysfonction) - Possibilité d'implantation percutanée (TAVI)
	Inconvénient	<ul style="list-style-type: none"> - Risque thrombotique (AVC/AIT) → AVK à vie - Risque hémorragique lié aux AVK - Risque d'hémolyse si fuite péri-prothétique 	<ul style="list-style-type: none"> - Dégénérescence en 10-15 ans (sténose, régurgitation), nécessité d'une réintervention
	Indications	<ul style="list-style-type: none"> - Désir du patient - Absence de CI aux AVK - Âge : <ul style="list-style-type: none"> . < 60 ans si prothèse aortique . < 65 ans si prothèse mitrale - Haut risque de dégénérescence de bioprothèse : <ul style="list-style-type: none"> . Âge < 40 ans . Hyperparathyroïdie . Insuffisance rénale - Patient déjà sous anticoagulant pour une autre prothèse ou une autre cause (FA...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Désir du patient - CI ou impossibilité à comprendre ou suivre les AVK - Âge : <ul style="list-style-type: none"> . > 60 ans pour une prothèse aortique . > 65 ans pour une prothèse mitrale - Patient réopéré pour thrombose de prothèse mécanique malgré un bon suivi du traitement AVK - Désir de grossesse - Antécédent à haut risque hémorragique - Comorbidités lourdes avec espérance de vie postopératoire < durée présumée de bioprothèse
Alternative	<ul style="list-style-type: none"> - Bioprothèse percutanée (TAVI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Péricarde porcine ou bovine montée sur stent métallique déployé dans la valve aortique native implantée par cathétérisme rétrograde, sous AL - Pour les patients CI à la chirurgie, à risque chirurgical haut ou intermédiaire +/- > 65 ans à faible risque chirurgical (indication en cours de validation) - Pas d'anticoagulation au long cours mais double antiagrégation plaquettaire (aspirine + clopidogrel) pendant 3 mois puis aspirine seule - Risque de dégénérescence équivalent aux bioprothèses chirurgicales 	
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan complet de référence à 1 mois post-opératoire : examen clinique complet, NFS, INR, ECG, RXT et ETT - Après pose de bioprothèse chirurgicale : <ul style="list-style-type: none"> . Position mitrale = anticoagulation curative seulement pendant 3 mois si rythme sinusal, INR cible 2,5 . Position aortique = antiagrégant plaquettaire seulement pendant 3 mois si rythme sinusal - TAVI : pas de traitement anticoagulant si rythme sinusal, mais monothérapie par aspirine ou clopidogrel long court - Éducation du patient : <ul style="list-style-type: none"> . Consultation en urgence si : fièvre, signes congestifs, saignements, déficit moteur ou sensitif . Éducation au traitement anticoagulant et à la prophylaxie de l'endocardite infectieuse, suivi dentaire biannuel . Remise d'une carte de porteur de prothèse, d'antibioprophylaxie de l'EI ± de traitement AVK - Suivi : 1/mois puis tous les 3 mois par le MT ; à 2-3 mois en postopératoire puis et 1/an par le cardiologue 		

	Thrombose de prothèse	Non obstructive	<ul style="list-style-type: none"> - Autres examens : scanner cardiaque, radio-cinéma de valve - Complication : risque embolique (AVC surtout), thrombose obstructive - CAT : Urgence diagnostique et thérapeutique avec hospitalisation optimisation du traitement anticoagulant, adjonction d'aspirine ± thrombolyse, discussion de chirurgie si thrombus ≥ 10mm avec embolie ou persistant malgré un traitement adapté
		Obstructive	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau brutal d'OAP, état de choc cardiogénique, mort subite - Auscultation : ↘ amplitude des bruits de prothèse, apparition ou renforcement d'un souffle systolique (prothèse aortique) ou d'un roulement diastolique (prothèse mitrale) - Bio : syndrome inflammatoire, anémie hémolytique, INR bas - ETT + ETO : ↗ gradients transprothétiques ↘ surface valvulaire ± fuite valvulaire par fermeture incomplète de la prothèse, thrombus visible - Autres examens : scanner cardiaque, Radio-cinéma : blocage ou diminution du jeu des éléments mobiles radio-opaques - CAT : urgence diagnostique et thérapeutique (mortalité : 30%) avec hospitalisation, HNF IVSE, réintervention en urgence ou traitement fibrinolytique en cas de chirurgie à très haut risque
Complications	Désinsertion de prothèse	<p>= 5% des cas, surtout dans les 1^{ers} mois postopératoires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lâchage de suture spontané (survenue précoce) ou septique (survenue tardive): à l'origine d'une fuite paraprothétique - Clinique : Variable selon sévérité de la régurgitation et vitesse d'installation. Apparition d'un souffle systolique d'IM (prothèse mitrale) ou diastolique d'IA (prothèse aortique) ; insuffisance cardiaque ou choc cardiogénique en cas de désinsertion importante - Bio : anémie hémolytique mécanique (↗ LDH, ↘ haptoglobine, schizocytes au frottis) - Hémocs → Recherche systématique d'une endocardite infectieuse (étiologie principale) - ETT+ETO : flux de régurgitation anormal, visualisation de la fuite paraprothétique - Radio cinéma de valve : montre la bascule de la prothèse - TTT : Surveillance ou réintervention (chirurgical ou percutanée) en cas de désinsertion importante et/ou symptomatique 	
		<p>= Complication grave, nécessitant une prévention rigoureuse : plus fréquente en position aortique Prothèses valvulaires = cardiopathies à haut risque infectieux Incidence à 5 ans : 5%, surtout la 1^{ère} année suivant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> - ETT+ETO : indispensables - Grand intérêt du TEP scanner au F-FDG ou de la scintigraphie aux leucocytes marqués et de la TDM cardiaque en cas de diagnostic difficile à l'échographie - Complications : Désinsertion de prothèse, thrombose de prothèse par la végétation, embolies systémiques et abcès de l'anneau (trouble de conduction) 	
	Endocardite infectieuse	Forme précoce	<p>< 1 an postopératoire : contamination peropératoire par des germes hospitaliers multirésistants (<i>S. aureus</i>, staphylocoque coagulase négative...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - EI généralement aiguë avec désinsertion de prothèse - Réintervention précoce généralement nécessaire
		Forme tardive	<p>> 1 an en postopératoire : contamination hématogène, germes identiques à l'EI classique, souvent <i>staphylocoques</i>, <i>streptocoques</i>, <i>entérocoques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Meilleur pronostic, réintervention en cas d'atteinte périvalvulaire
		Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - ETT/ETO : végétations sur prothèses ± complication (désinsertion, abcès) - Toute fièvre associée à un souffle non connu ou sans point d'appel chez un porteur de prothèse valvulaire = endocardite infectieuse jusqu'à preuve du contraire = hémocultures systématiques devant toute fièvre - TEP-scanner au ¹⁸F-FDG ou scintigraphie aux leucocytes marqués - Scanner cardiaque en cas de diagnostic difficile
		Complications	<ul style="list-style-type: none"> - Désinsertion de prothèse : apparition d'une fuite paraprothétique - Thrombose de prothèse par des végétations - Emboles systémiques - Abcès d'anneau
		Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiothérapie IV - Durée plus longue d'ATB pour les EI sur prothèses (6 semaines) que sur valves natives ; mêmes molécules, excepté pour l'EI sur prothèse à staphylocoque où la rifampicine doit être ajoutée - Indications chirurgicales au cas par cas, avec comme arguments en faveur : dysfonction de prothèse cliniquement significative, un syndrome infectieux non contrôlé malgré ATB, présence d'un abcès ou fistule, EI à <i>Staphylococcus Aureus</i>