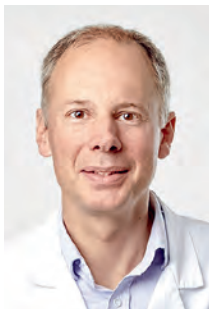


Equipe cardiaque et centre du cœur: où allons-nous?

PD Dr méd. Stefan Toggweiler, Prof. Dr méd. Peter Matt

Kardiologie und Herzchirurgie, Herzzentrum Luzern, Luzerner Kantonsspital



Stefan Toggweiler



Peter Matt

Au cours des dernières décennies, d'énormes progrès ont été accomplis au niveau des procédures percutanées dans le domaine de la médecine cardiovasculaire. Des interventions structurales se sont ajoutées aux interventions coronariennes éprouvées. Les interventions au niveau des valves cardiaques, les traitements endovasculaires des anévrismes de l'aorte, les fermetures de l'auricule et bien d'autres sont aujourd'hui réalisés dans de nombreux centres dans le cadre de la pratique clinique de routine. Tandis qu'en 2008, les interventions valvulaires percutanées avaient un caractère relativement expérimental, les connaissances des opérateurs étaient limitées et le matériel n'était pas encore parfaitement au point, l'implantation percutanée d'une valve aortique («transcatheter aortic valve implantation», TAVI) est aujourd'hui devenue le parfait exemple d'une procédure produisant des résultats excellents et reproductibles [1]. Des études randomisées ont montré que par rapport à l'opération ouverte conventionnelle, la TAVI permettait d'obtenir de très bons résultats non seulement chez les patients à risque élevé et modéré, mais également chez ceux à risque faible [2–4].

Les avantages de cette procédure percutanée pour nos patients sont évidents: l'incision cutanée est plus petite, l'aorte ne doit pas être clampée et il n'est pas nécessaire de recourir à une machine cœur-poumons. La durée de l'intervention et la durée d'hospitalisation sont plus courtes, et de nombreuses interventions peuvent être réalisées sous anesthésie locale. En conséquence, le rétablissement des patients est plus rapide et un séjour en clinique de réhabilitation n'est le plus souvent pas nécessaire.

Tous les patients profitant d'interventions par cathéter ne peuvent pas être traités via les vaisseaux fémoraux. Il y a dix ans, jusqu'à 30% des patients devaient être traités par une autre voie d'abord (voie transapicale par une mini-thoracotomie gauche, voie aortique directe via l'aorte ascendante, voie axillaire, voie carotidienne ou voie trans-cave). Grâce à l'expérience acquise et à l'amélioration des techniques et matériaux, il est aujourd'hui possible de traiter pratiquement tous les patients via l'aîne. Ainsi, en 2018,

à l'hôpital cantonal de Lucerne, plus de 96% des remplacements valvulaires aortiques percutanés ont été réalisés via l'artère fémorale, sous anesthésie locale. Depuis très récemment, il est également possible de décalcifier les vaisseaux au moyen d'impulsions ultrasonores, ce qui permet également d'utiliser la voie transfémorale en cas de vaisseaux fortement calcifiés.

Dans ce numéro du *Forum Médical Suisse*, l'équipe cardiaque de l'Inselspital de Berne décrit le cas d'un patient chez lequel une intervention percutanée aurait été tout particulièrement profitable [5]. Le patient présentait une sténose aortique sévère et une sténose ostiale de l'artère interventriculaire antérieure, qu'il est préférable de revasculariser par voie chirurgicale. En outre, il présentait une aorte fortement calcifiée suite à une radiothérapie en raison d'un carcinome pharyngé en 1972. Ces patients présentent un risque élevé de complications lorsque l'aorte est cathétérisée et clampée lors de l'opération. Une procédure hybride a été retenue chez le patient décrit, consistant en l'implantation d'une valve TAVI par voie transfémorale, suivie d'une revascularisation chirurgicale sans machine cœur-poumons. Cette procédure peut être réalisée par voie mini-invasive (mini-thoracotomie gauche, longueur d'environ 6 cm) et correspond alors à un «minimally invasive direct access coronary artery bypass» (MIDCAB). Toutefois, dans le cas publié, une TAVI transfémorale n'a pas été tentée en raison d'une artériopathie oblitérante périphérique, mais la description du cas ne précise pas si cette dernière était sévère au point qu'une TAVI transfémorale aurait été impossible malgré les techniques décrites ci-dessus.

Des centres du cœur qui forment une unité sur le plan organisationnel et financier sont nécessaires.

Le cas présenté par les collègues bernois montre à quel point les possibilités offertes par toutes ces procédures ont certes compliqué, mais également enrichi, le travail de l'équipe cardiaque. Il y a quelques années encore, les cardiologues se chargeaient du diagnostic des valvulopathies sévères, puis adressaient ces patients au chirurgien pour une opération. La discussion

autour du cas était alors focalisée sur l'évaluation des bénéfices et risques de l'intervention chirurgicale planifiée. Aujourd'hui, une ou plusieurs procédures percutanées sont disponibles pour de nombreuses valvulopathies. De nombreux facteurs jouent un rôle dans la prise de décision: le patient, les preuves disponibles, mais également l'expertise locale. Jusque-là, tout va bien. Malheureusement, il est indéniable que d'autres facteurs entrent souvent encore en ligne de compte dans la prise de décision, tels que le nombre de cas, les incitations financières ou le prestige. Afin d'éliminer au maximum ces facteurs, des centres du cœur qui forment une unité sur le plan organisationnel et financier sont nécessaires.

Pour différentes raisons, il est difficile de créer de tels centres. Dans la plupart des hôpitaux (y compris à l'hôpital cantonal de Lucerne), la cardiologie interventionnelle est rattachée au département de médecine et la chirurgie cardiaque est rattachée au département de chirurgie. Les deux font partie des cliniques les plus profitables de leurs départements, qui sont dès lors peu disposés à leur octroyer l'indépendance. D'après les deux auteurs, un centre du cœur indépendant sur le plan organisationnel et financier est uniquement possible si une sorte de compensation financière est allouée aux autres cliniques. Voilà qui est bien suisse –

cela s'est déjà confirmé sur le plan politique au niveau des cantons.

Un centre du cœur autonome, réunissant cardiologues et chirurgiens cardiaques, serait moins tributaire des intérêts financiers et des nombres de cas. Notre bien le plus précieux occuperait la place centrale: la qualité du traitement de nos patients.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Stortecky S, Franzone A, Heg D, Tueller D, Noble S, Pilgrim T, et al. Temporal Trends in Adoption and Outcomes of Transcatheter Aortic Valve Implantation: A Swiss Registry Analysis. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2018.
- 2 Reardon MJ, Van Mieghem NM, Popma JJ, Kleiman NS, Sondergaard L, Mumtaz M, et al. Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med*. 2017;376(14):1321–31.
- 3 Siontis GC, Praz F, Pilgrim T, Mavridis D, Verma S, Salanti G, et al. Transcatheter aortic valve implantation vs. surgical aortic valve replacement for treatment of severe aortic stenosis: a meta-analysis of randomized trials. *Eur Heart J*. 2016;37(47):3503–12.
- 4 Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, Makkar R, Kodali SK, Russo M, et al. Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low-Risk Patients. *New Engl J Med* 2019 Mar 17. doi:10.1056/NEJMoa1814052. [Epub ahead of print].
- 5 Mihalj M, Pasic M, Pilgrim T, Lüdi M, Carrel T. Sténose aortique post-actinique avec coronaropathie. *Forum Med Suisse*. 2019; 19(21–22):361–3.

Correspondance:
PD Dr méd. Stefan Toggweiler
Co-Chefarzt Kardiologie
Herzzentrum
Luzerner Kantonsspital
Spitalstrasse
CH-6000 Luzern
stefan.toggweiler[at]luks.ch