

PARAMEDICAS



Elise
DUBOIS

Quand la porte est
fermée,
on passe par la fenêtre



PARAMEDI'CAS

**QUAND LA PORTE EST FERMÉE,
ON PASSE PAR LA FENÊTRE...**



Elise DUBOIS, IDE
Institut Cœur Poumon
CHU de Lille





PARAMEDI'CAS

Je n'ai pas de conflit d'intérêt pour cette présentation.

PARAMEDI'CAS



Madame H,
80 ans

1996 — CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE

Quadruple pontage du réseau gauche :

- MIG / IVA
- MID / Bissectrice
- Greffon veineux saphène / Marginale
- Greffon veineux saphène / Diagonale

2014 — PACEMAKER

Implantation d'un stimulateur cardiaque.

2016 — TAVI EVOLUT 29

Implantation réussie d'une prothèse valvulaire aortique TAVI Evolut 29.

1

2

2008 — ANGIOPLASTIES

Plusieurs angioplasties du tronc commun (TC) + greffon veineux et occlusion de la MID.

3

4

2015 — TENTATIVE TAVI (71 ANS)

RAO serré symptomatique. Échec du TAVI transfémoral : complication vasculaire avec pose d'un **stent couvert sur l'artère fémorale droite**.

5

6

2023 — AGGRAVATION SYMPTOMATIQUE

Angor **CCS 3** et dyspnée stade III NYHA.



ETT : Dégénérescence de la prothèse



PARAMEDI'CAS

Bilan Pré-TAVI 1

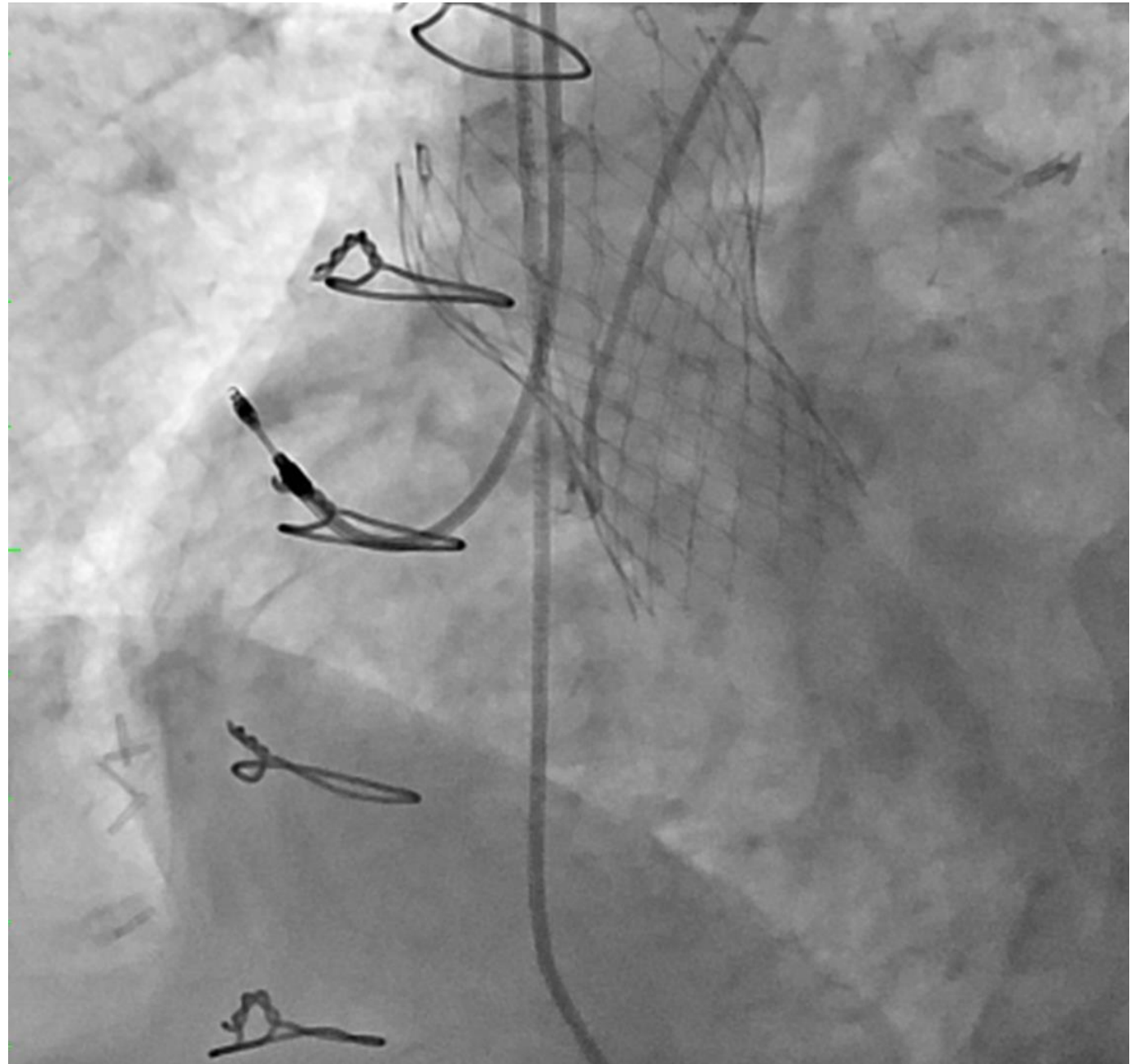
ETT :

- Vmax 5m/s
- Gradient moyen VG/AO : 72 mmHg
- FEVG 57 %
- VG modérément dilaté

Bilan Pré-TAVI 2

Coronarographie :

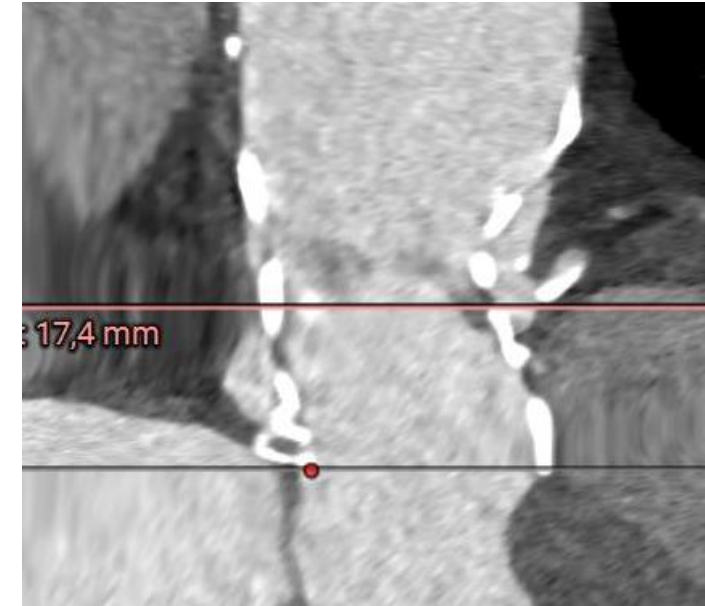
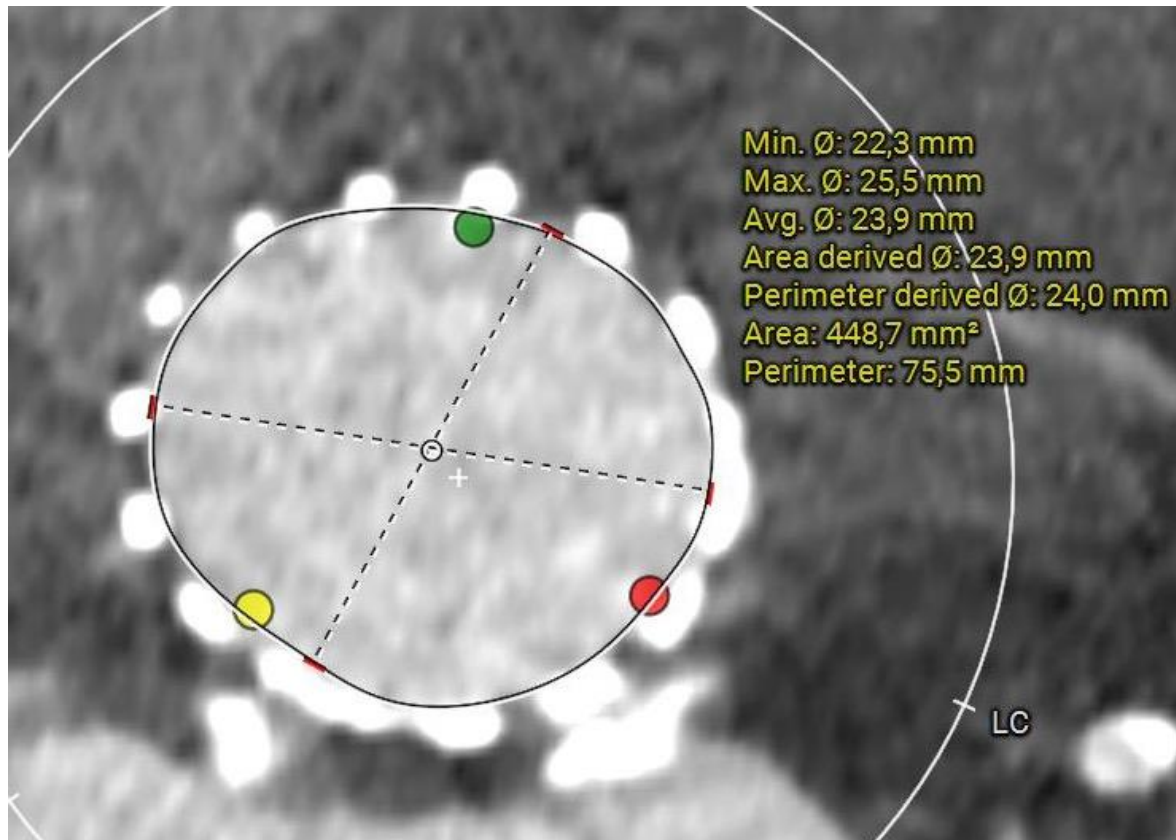
- IVA moyenne occluse -> pontage MIG perméable
- Pontage MID occlus connu mais bissectrice saine... pas de lésion significative...
- Resténose intra-stent NS à 30% du pontage de la diagonale et à 50% stable du pontage de la marginale
- Sténose proximale/ostiale de la coronaire droite



PARAMEDI'CAS

Bilan pré-TAVI 3

- Scanner pré-TAVI



Choix de la valve :

Diamètre minimal : 22,3mm

Diamètre maximal : 25,5mm

Aire : 448,7mm²

Périmètre : 75,5mm

Hauteur des coronaires : 17,4mm

EDWARDS SAPIENS 3 ULTRA 26



PARAMEDI'CAS

QUEL EST LE MEILLEUR CHOIX DE PRISE EN CHARGE ?

Discussion médico-chirurgicale :

- PEC percutanée : angioplastie CD + TAVI Valve In Valve à distance ? TAVI Valve In Valve seul ?
- PEC chirurgicale : Extraction Evolut puis Bentall + pontage CD ?
- PEC hybride : Monopontage à cœur battant : TABC / greffon veineux cuisse droite / coronaire droite + TAVI valve in valve ?

Décision de la PEC hybride

POURQUOI CE CHOIX DE PEC ?

- Difficultés d'accès coronaire dues à l'Evolut donc angioplastie compliquée
- Risque d'obstruction coronaire lors du TAVI Valve in Valve
- Explantation chirurgicale de l'Evolut compliquée (*présence des greffons veineux saphènes naissants de la partie « Outflow » + stents implantés au niveau des 2 ostias des anastomoses sur l'aorte*)

Mono-pontage cœur battant : sans particularité, suites chirurgicales simples

Puis un mois plus tard, à distance du pontage : TAVI valve-in-valve

PARAMEDI'CAS

TAVI « classique » :

- Voie d'abord principale artère fémorale gauche 14F (car stent dans la zone de ponction en fémorale droite)
- Voie d'abord 2ndaire artère radiale droite 6F

Petite particularité à gauche :

Lésion serrée et calcifiée de l'artère iliaque commune donc lithotripsie intra-vasculaire au ballon de Shockwave sur iliaque commune gauche avec un ballon de 7mm et 150 impulsions pour lever la calcification puis angioplastie

Rôle IDE :

- Mise en place de la machine + matériel nécessaire
- Préparation du ballon de lithotripsie, débullage
- Gonflage du ballon, lancement des impulsions (en collaboration avec le personnel médical)



PARAMEDI'CAS

MAIS... ECHEC DE FRANCHISSEMENT... 😊

Et malgré l'utilisation de nombreuses sondes,
pendant 1 heure... (encore & encore...)

- PIG, AL 1, JR4, MPA, XB 3

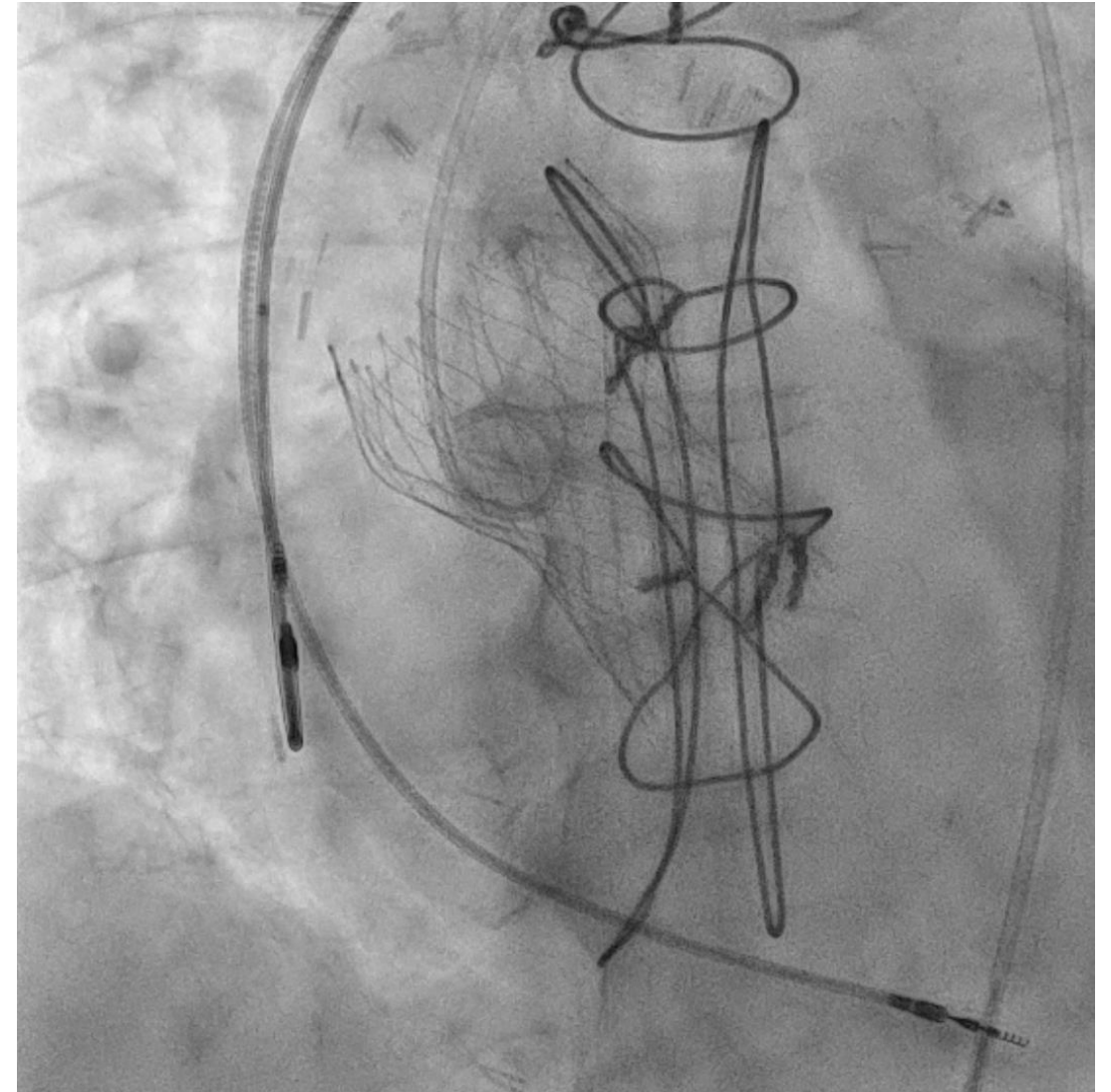
Décision franchissement par la voie antérograde...

On commence...

- AG + IOT
- ETO

Rôle IDE :

- Connaissance du matériel +++, proposition du matériel, des sondes
- Rinçage/purge des sondes
- Installation/ optimisation pour l'AG (aide pour l'équipe d'anesthésie)
- Sonde ETO, échographe





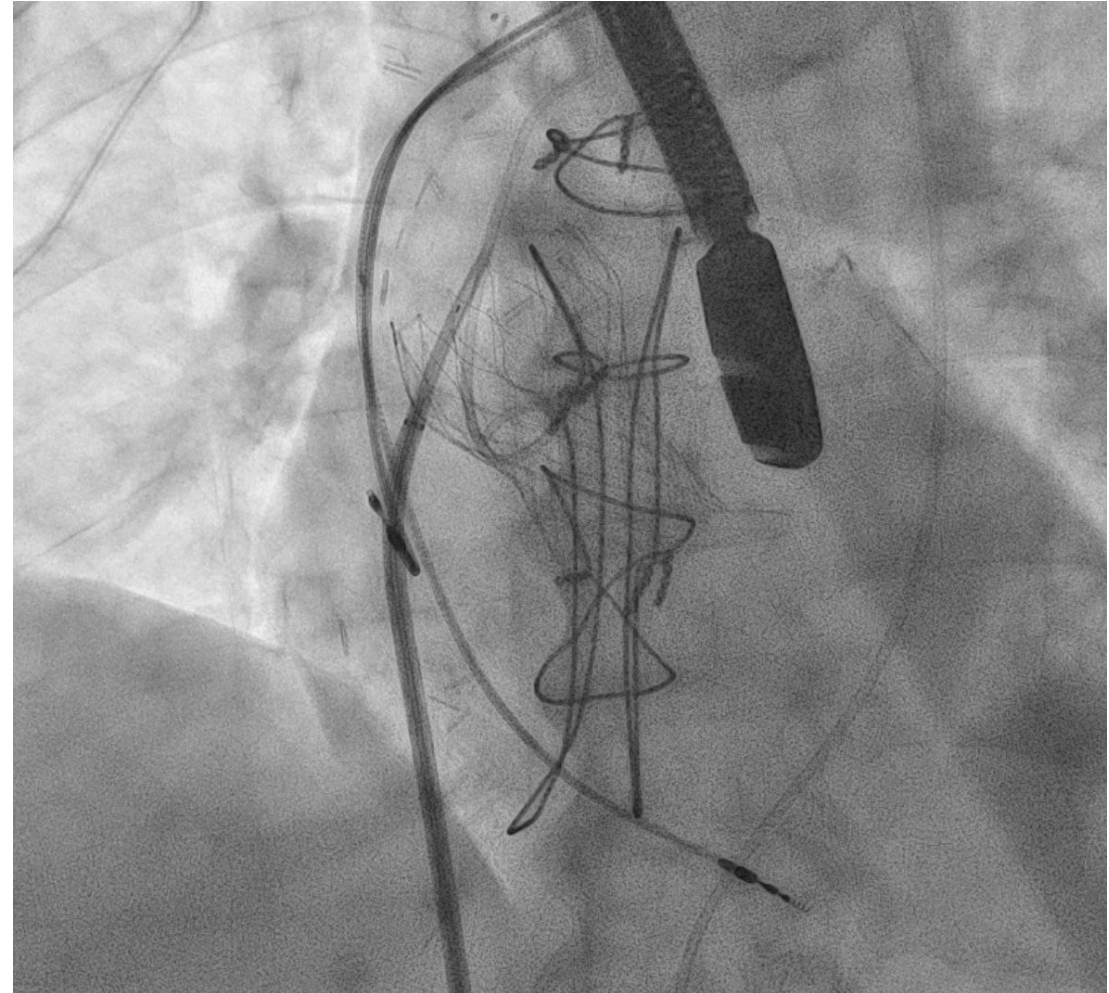
PARAMEDI'CAS

On continue...

Mise en place d'un abord veineux
fémoral 8F à droite

Ponction trans-septale et guidage ETO
(anticoagulation déjà effectuée d'où la
préférence du guidage ETO pour éviter
la tamponnade)

Franchissement du septum par BRK et
Swartz SL0...





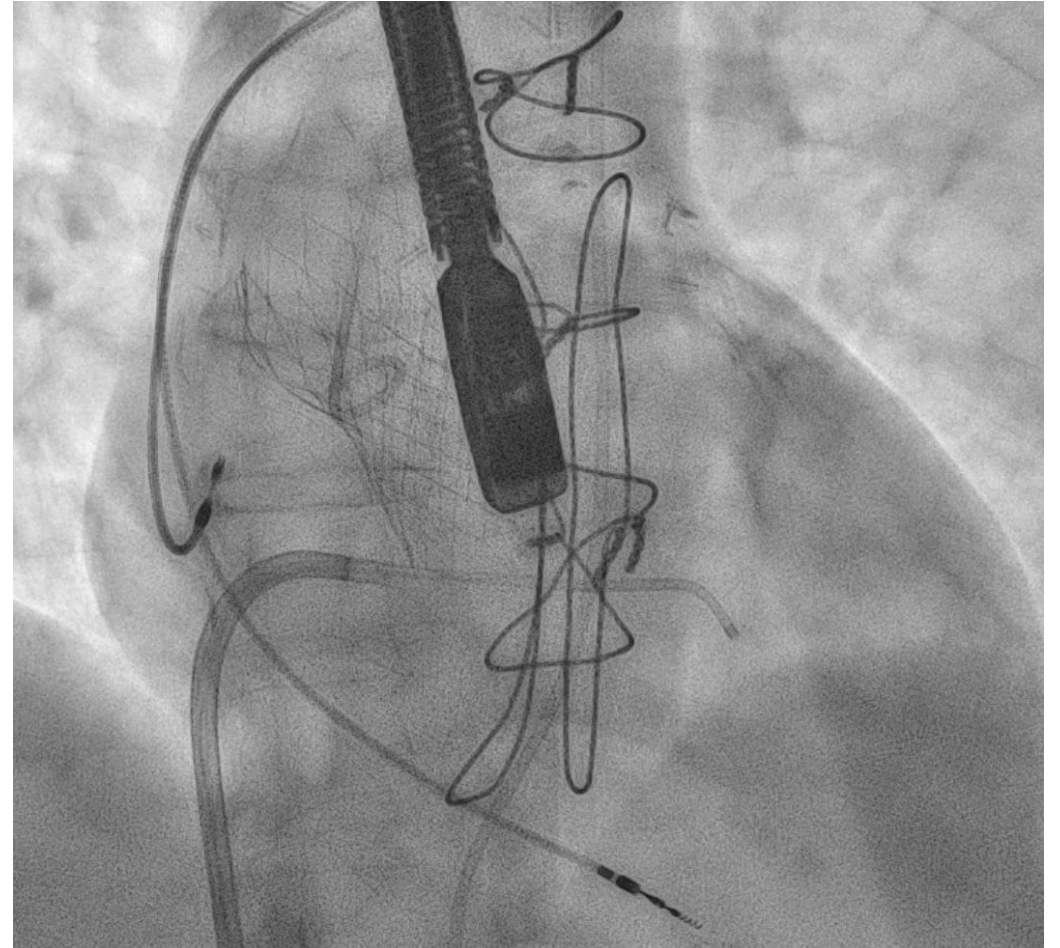
PARAMEDI'CAS

Encore & encore... 😊

Puis changement par Agilis Small Curl (Intro orientable)

Franchissement antérograde au Terumo droit sur une JR4 4F 125cm

Position confirmée du guide en intra-valvulaire par ETO





PARAMEDI'CAS

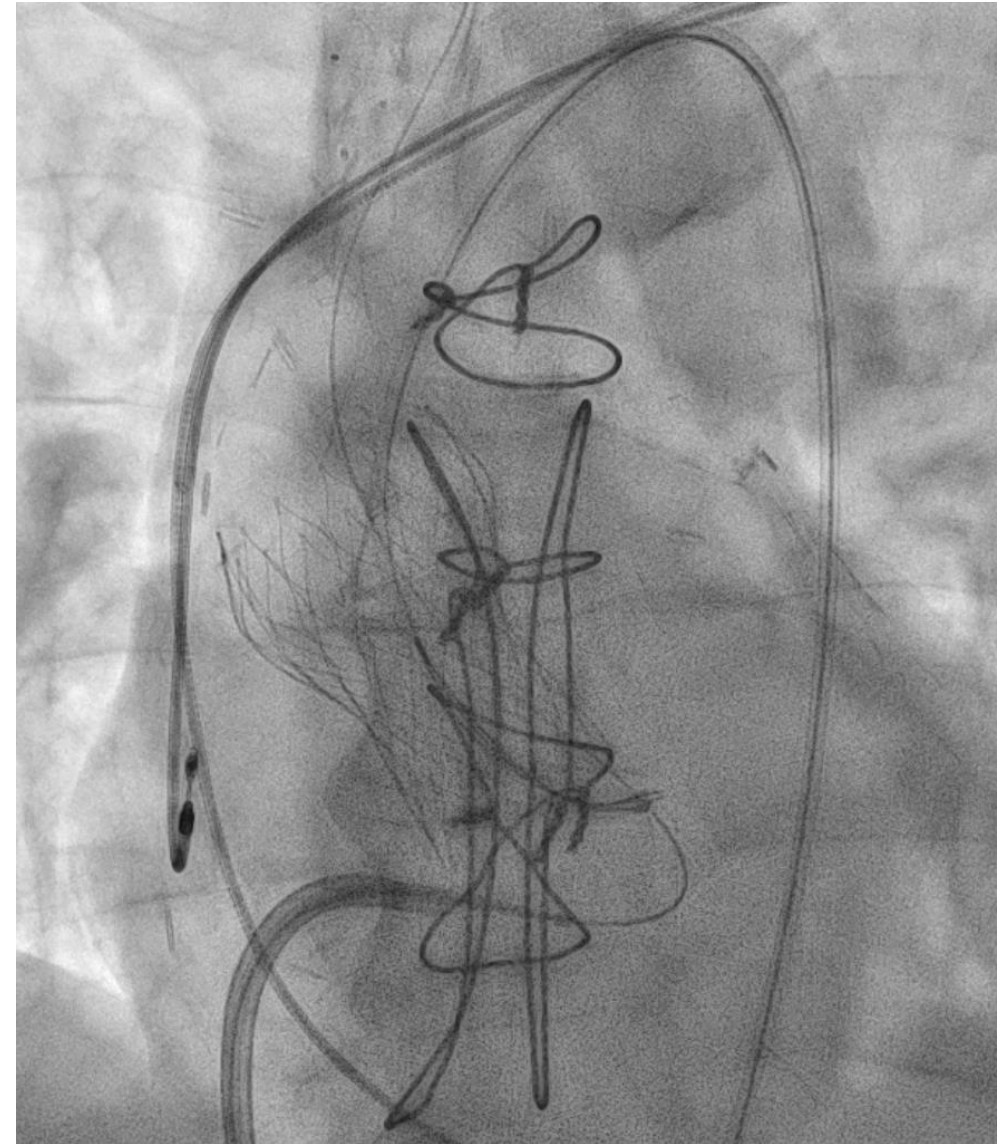
Et enfin... On finit par y arriver !

Essai de récupération du guide avec un lasso Indy Otw mais échec (nose cone proéminent)

Récupération dans l'aorte ascendante du Terumo droit par Lasso Snare 7F triple boucle 18mm 30mm

Traction sur Terumo en antérograde

Franchissement du Lasso puis changement par sonde JR4

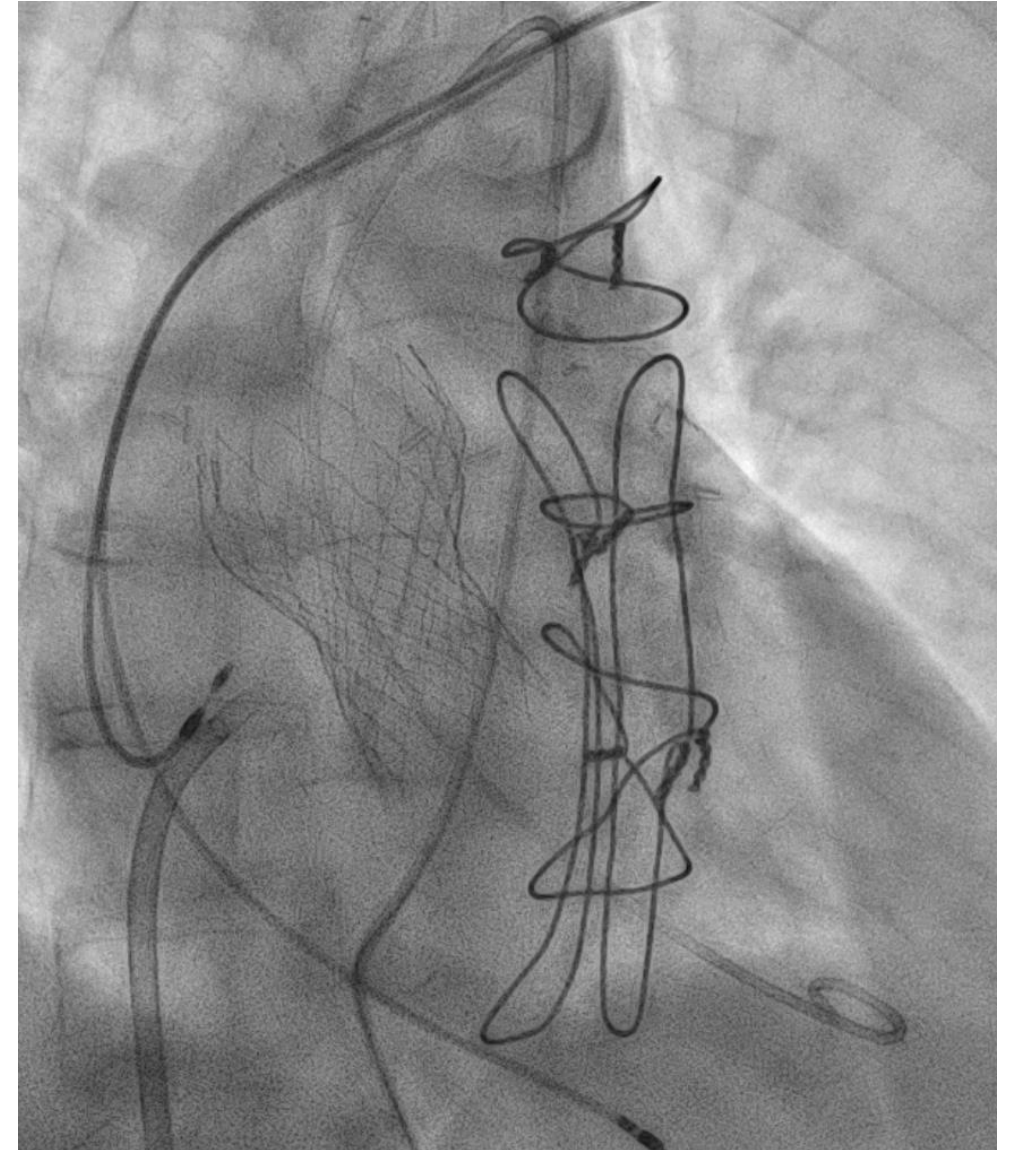




PARAMEDI'CAS

On est en place !! 🎉

Mise en place d'un guide de 3m dans la JR4 puis changement pour une PIG puis mise en place d'un guide Safari XS



Retour au TAVI « classique »...

PRE DILATATION AU BALLON Z-Med de 23mm

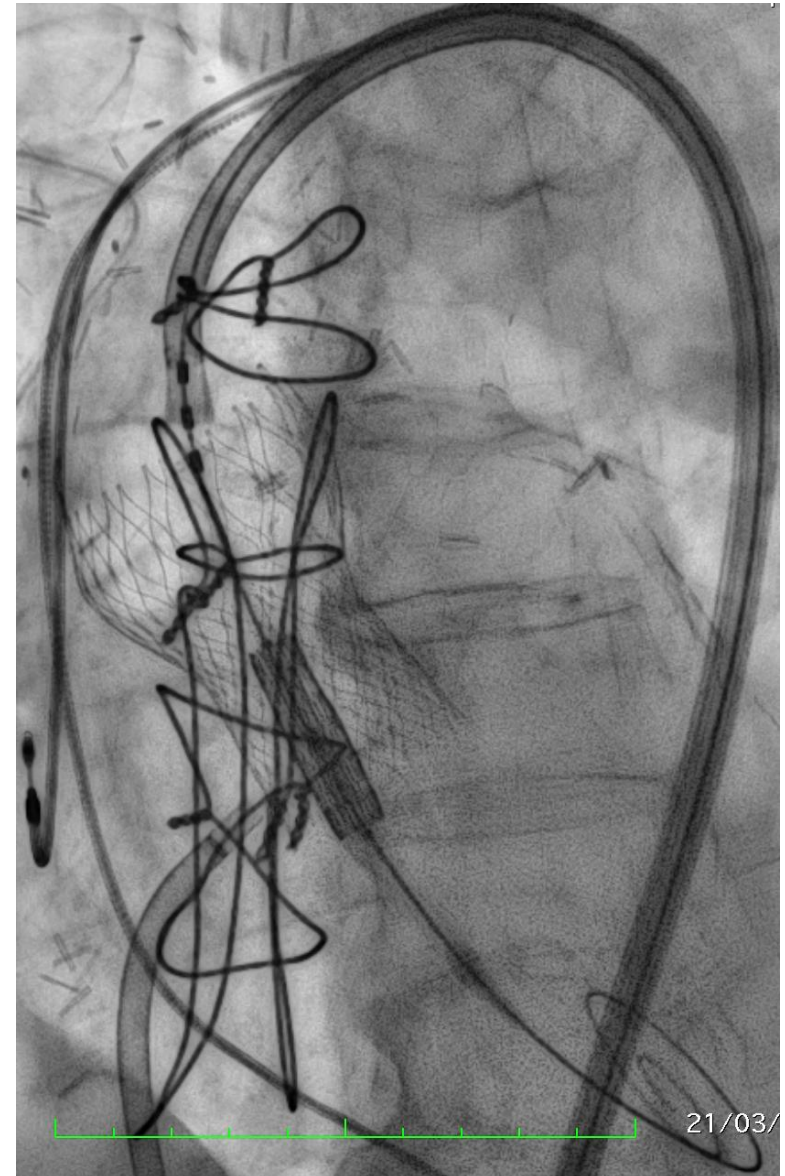
ET VOICI LA VALVE ! 😊

MISE EN PLACE DE LA VALVE SAPIEN S3 26 Ultra

(placée à 0 pour éviter les risques d'obstruction coronaire par les leaflets de l'Evolut)

Rôle IDE :

- Préparation/montage du désilet, de la valve
- Préparation des ballons de pré/post dilatation
- Purge des sondes



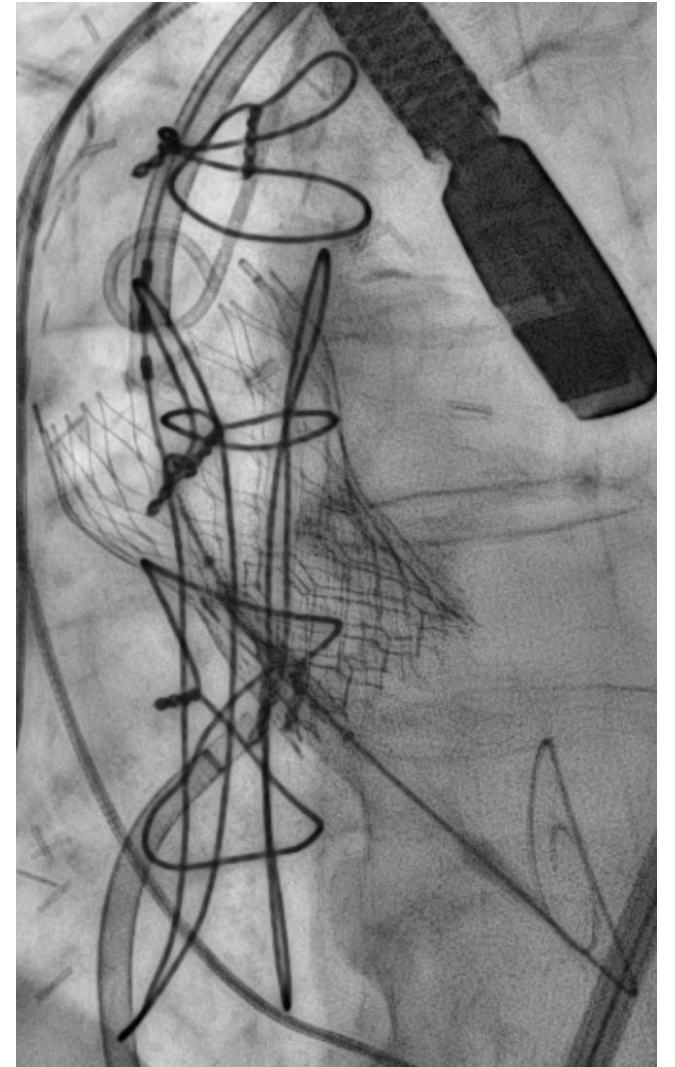
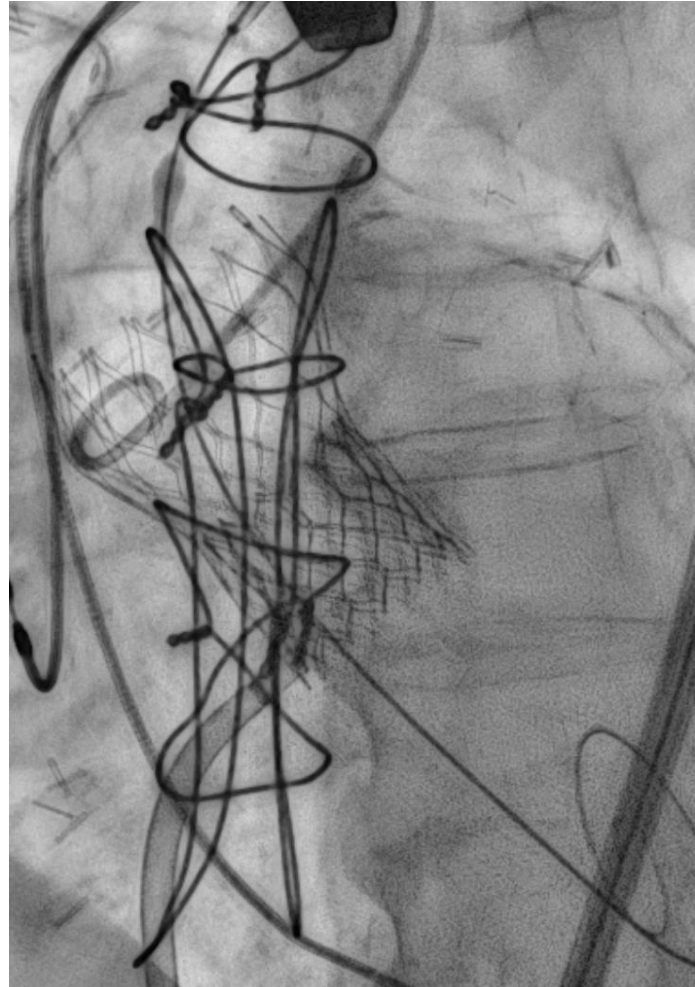


PARAMEDI'CAS

*Mais ce n'est pas encore
terminé...* 😬

Fuite confirmée en
angiographie et en ETO

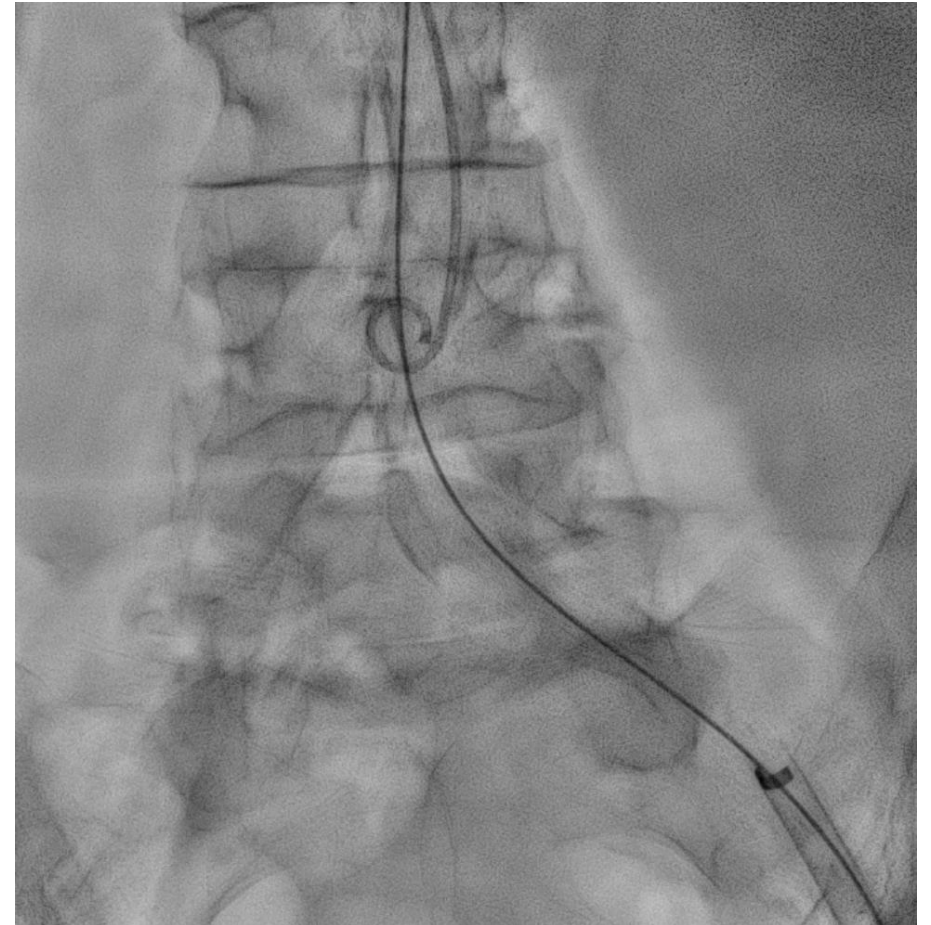
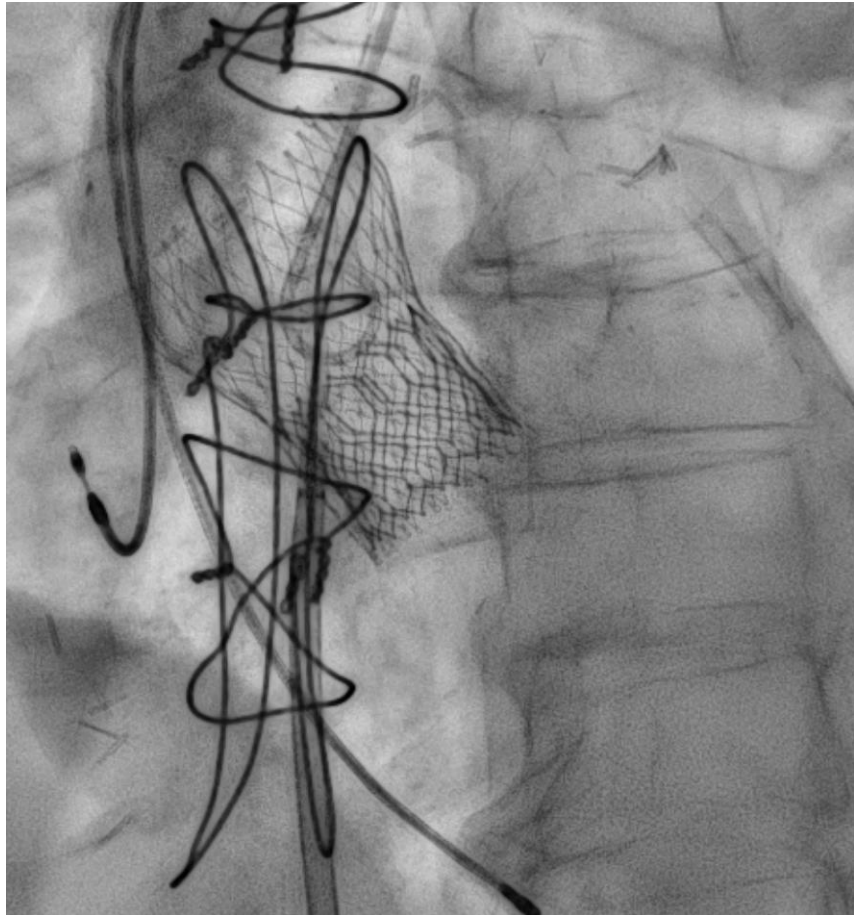
Décision de post dilatation au
ballon de la valve Edwards +
2ml





PARAMEDI'CAS

ANGIOGRAPHIES FINALES
+ contrôle ETO





PARAMEDI'CAS

FIN DE LA PROCEDURE... Ouf..! 😬

Fermeture classique

AF 2 Proglide initialement posés en pré-closing - AR TR-Band – VF 1 Proglide

ETT sur table : péricarde sec

Pas de complications immédiates, patiente asymptomatique au réveil

Suites de procédure simples

ETT post-TAVI à 3 mois : Vmax 2.4 m/s, Gmoy 12 mmHg, pas de fuite

Patiente symptomatique à 6 mois

Rôle IDE :

- *Pansements*
- *Explication de la suite, réassurance*
- *Surveillance neuro et hémorragique immédiate*
- *Transmission en SSPI*



PARAMEDI'CAS



POINTS CLES A RETENIR

La réussite du TAVI repose sur la maîtrise des procédures et la collaboration médicale/paramédicale

- L'importance de connaître et de comprendre « les temps opératoires » du TAVI, de chaque procédure
- L'importance de connaître le matériel, leur emplacement...
- Tout le monde est utile, tout le monde joue un rôle important dans la PEC et encore plus dans l'urgence
- L'importance de la collaboration médicale/paramédicale aussi bien cardiologue que les équipes d'anesthésie...

Les paramédicaux jouent un rôle primordial dans le TAVI avec mais aussi sans MAR...

PARAMEDI'CAS

**MERCI A TOUS POUR VOTRE VOTRE
ATTENTION... 😊**
(même si je sais que vous avez faim...)

AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?

