

La Journée Scientifique 2025 de la SSGC

19 Septembre 2025
La Cité des Échanges
Marcq-en-Barœul – Lille

“Innovations et bonnes pratiques en gériatrie”



16:30 - 17:30

Auditorium

Implantation d'un TAVI: Pour qui? Pourquoi? (indications, intérêt, risques, suivi...)

C. GAXATTE (Lille), C. DELECLUSE (Lille), C. DELHAYE (Lille), J. TRISTAM (Douai)

TAVI - Etat des lieux en 2025

Epidémiologie, historique, indications,
technique et résultats cliniques, suivi

Cédric Delhaye
CHU Lille

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Speaker's name : Cédric DELHAYE, Lille

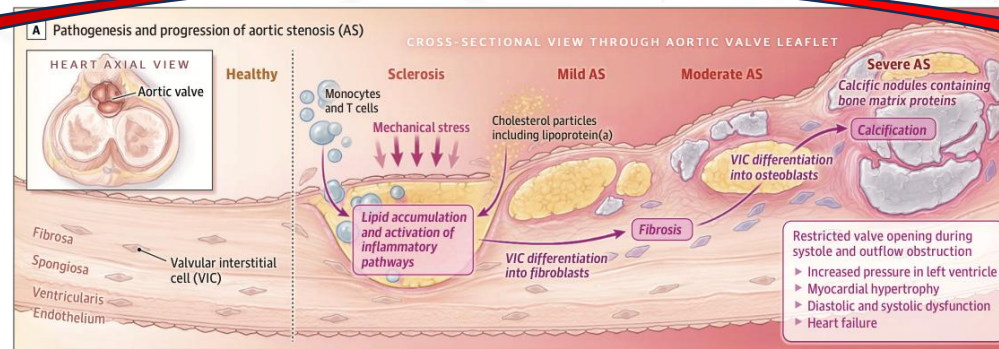
☒ Je déclare les liens d'intérêt potentiel suivants :

Consultant / Proctoring : Abbott, Asahi, Medtronic



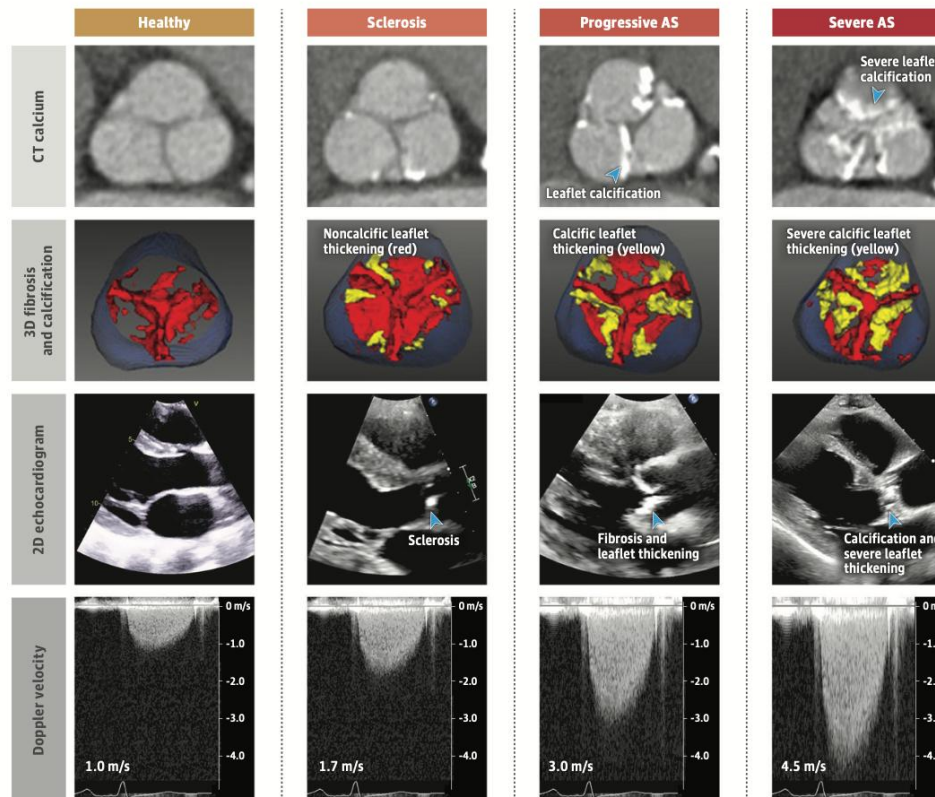
Histoire naturelle de la sténose aortique

Valve Normale



Rac serré

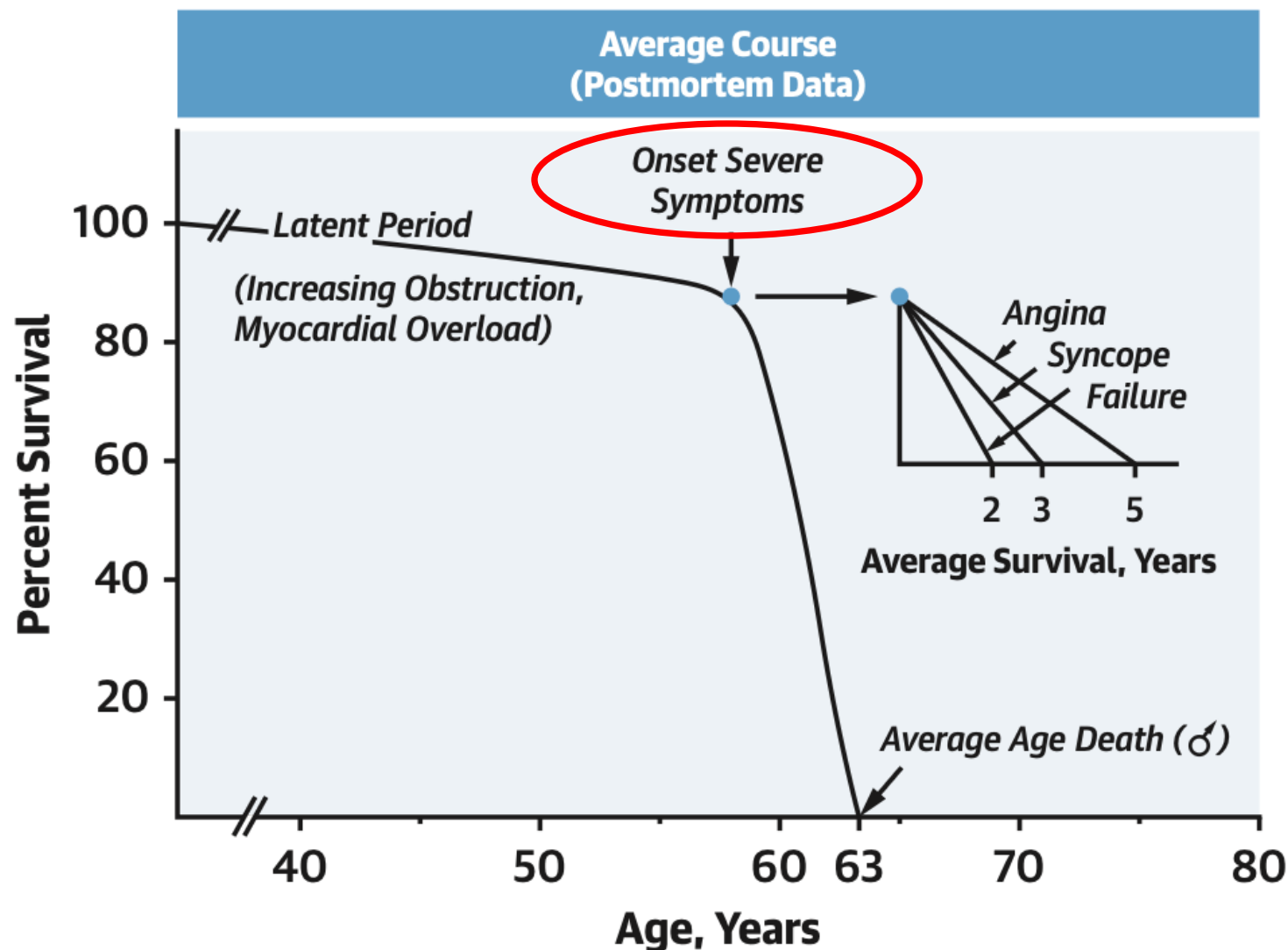
B Imaging findings in progression of calcific AS



Augmentation Pression VG
Hypertrophie VG
Dysfonction diastolique et systolique
Insuffisance cardiaque
Décès

Histoire naturelle de la sténose aortique

Sans traitement...



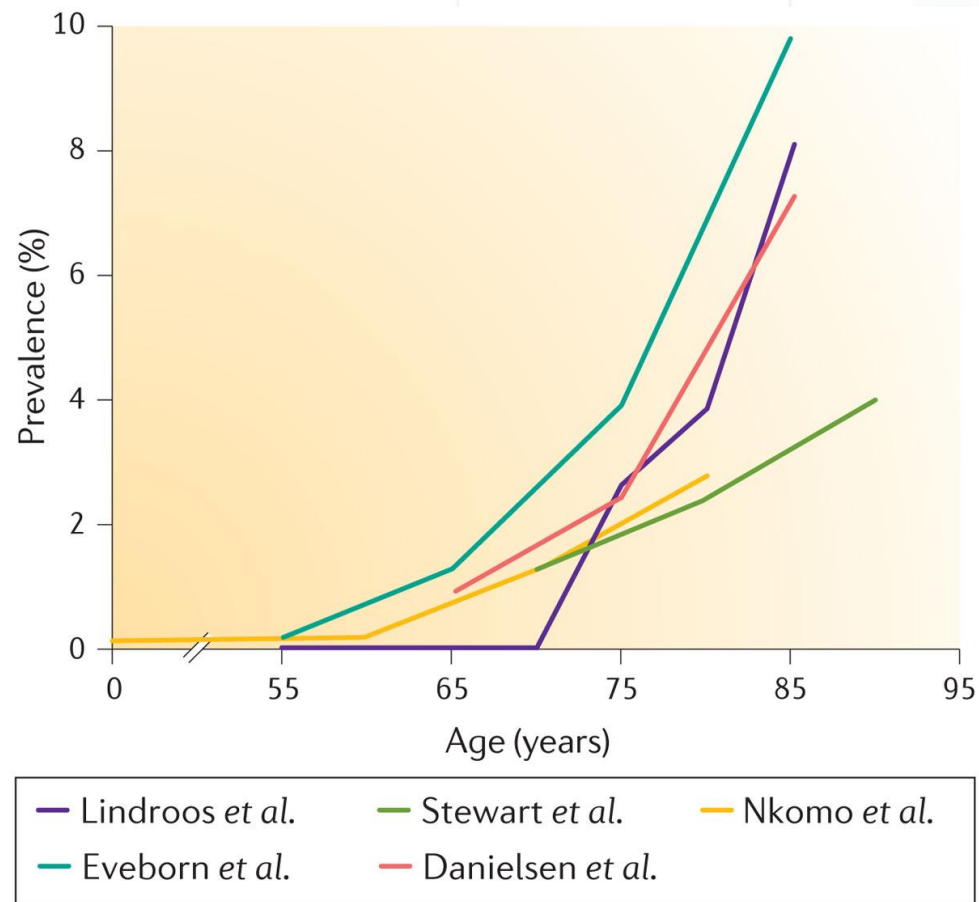
Braunwald E. J Am Coll Cardiol. 2023 Nov 28;82(22):2110-2112.

Ross J Jr, Braunwald E. Circulation. 1968;38(1s5):V61-V67.



Prévalence du RAC

Calcific aortic stenosis

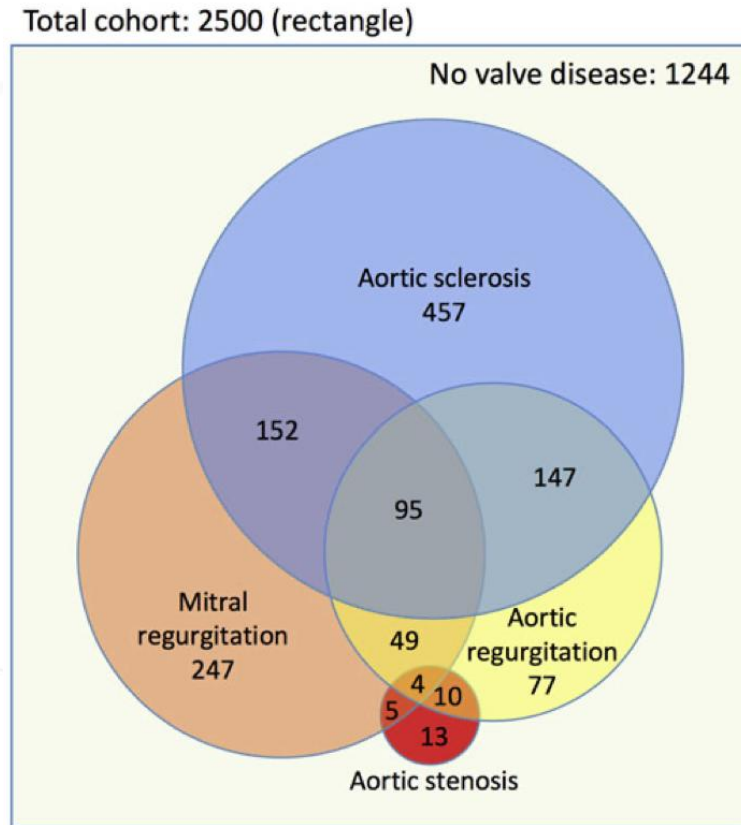


RAC: beaucoup de patients sous diagnostiqués

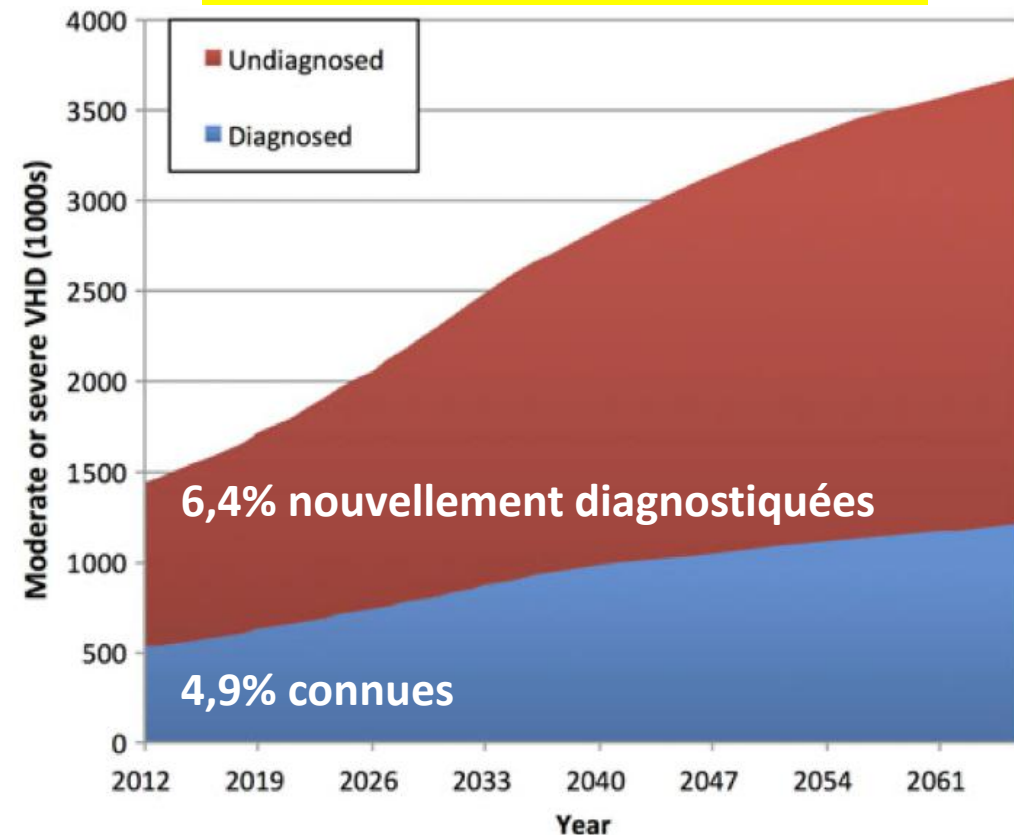
OXValve Population Cohort Study

Dépistage échocardiographique prospectif chez 2500 habitants
> 65 ans en pratique de médecine générale

34% Sclérose aortique; 1,3% RAC

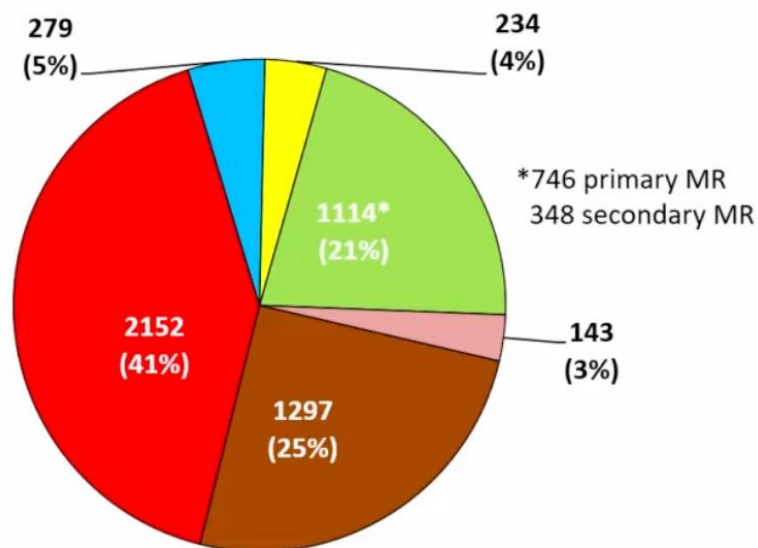


**Beaucoup de patients non diagnostiqués
Et une prévalence qui va doubler**



Le RAC: valvulopathie la plus fréquente

EORP Valvular Heart Disease Survey II Severe native VHD enrolled prospectively (28 countries, 3-month, 2017)



■ Aortic stenosis
■ Mitral stenosis
■ Isolated right-sided

■ Aortic regurgitation
■ Mitral regurgitation
■ Multiple left-sided

Patient characteristics

	AS	AR	MS	MR	Multiple left	Isolated right	Previous Interv.
Age (years)	76 [67-83]	58 [48-69]	59 [45-68]	68 [60-77]	75 [65-82]	74 [65-81]	70 [59-78]
≥ 80 yrs (%)	38	6	6	17	33	26	36
Female (%)	43	19	75	44	54	59	21
HF < 1 yr. (%)	16	11	17	27	24	25	17
NYHA III-IV (%)	37	19	45	47	50	52	26
A. Fib (%)	14	6	46	35	30	57	32
Charlson index	4 [3-6]	2 [1-3]	2 [1-3]	3 [2-5]	4 [3-6]	4 [3-6]	3 [2-5]
Euroscore II	1.9 [1.1-3.4]	1.0 [0.6-1.9]	1.2 [0.8-2.2]	2.0 [1.0-4.0]	2.3 [1.3-4.7]	2.3 [1.4-4.3]	3.0 [1.6-6.0]

RAC: Quel traitement ?

Traitement Médical:

Aucun traitement pharmacologique n'a démontré son efficacité dans la prévention ou le ralentissement du RAC.

Lindman BR et al. J Am Coll Cardiol 2021;78:2354–2376.

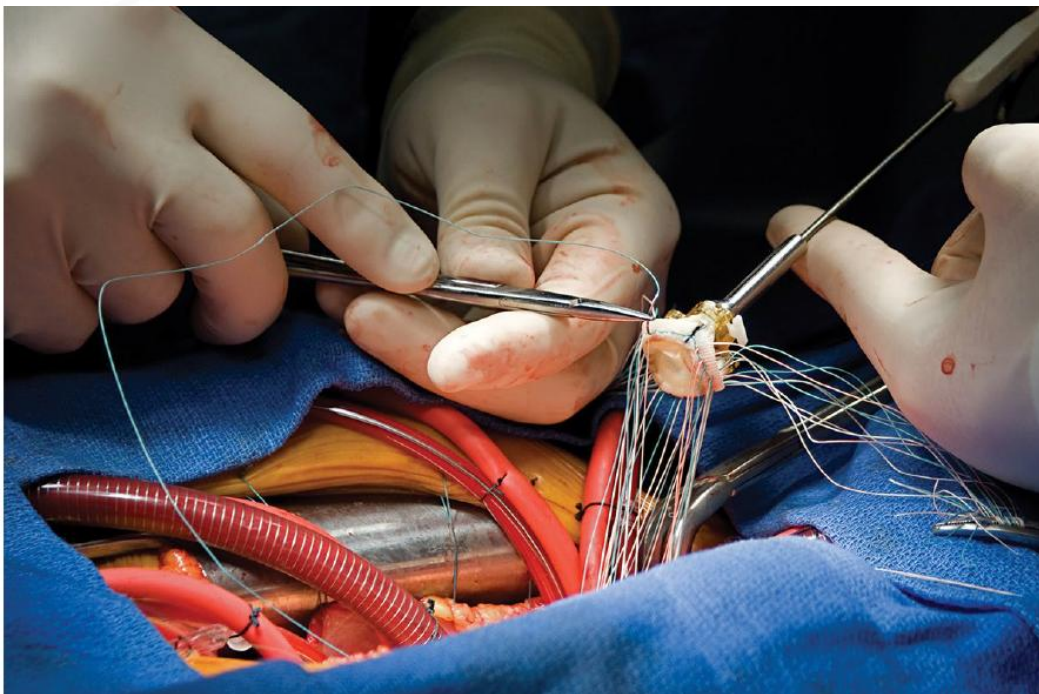
Desai MY, Braunwald E. JACC. 2025;86:659–672.



RAC: Quel traitement ?

Le remplacement valvulaire aortique

Chirurgie (SAVR)



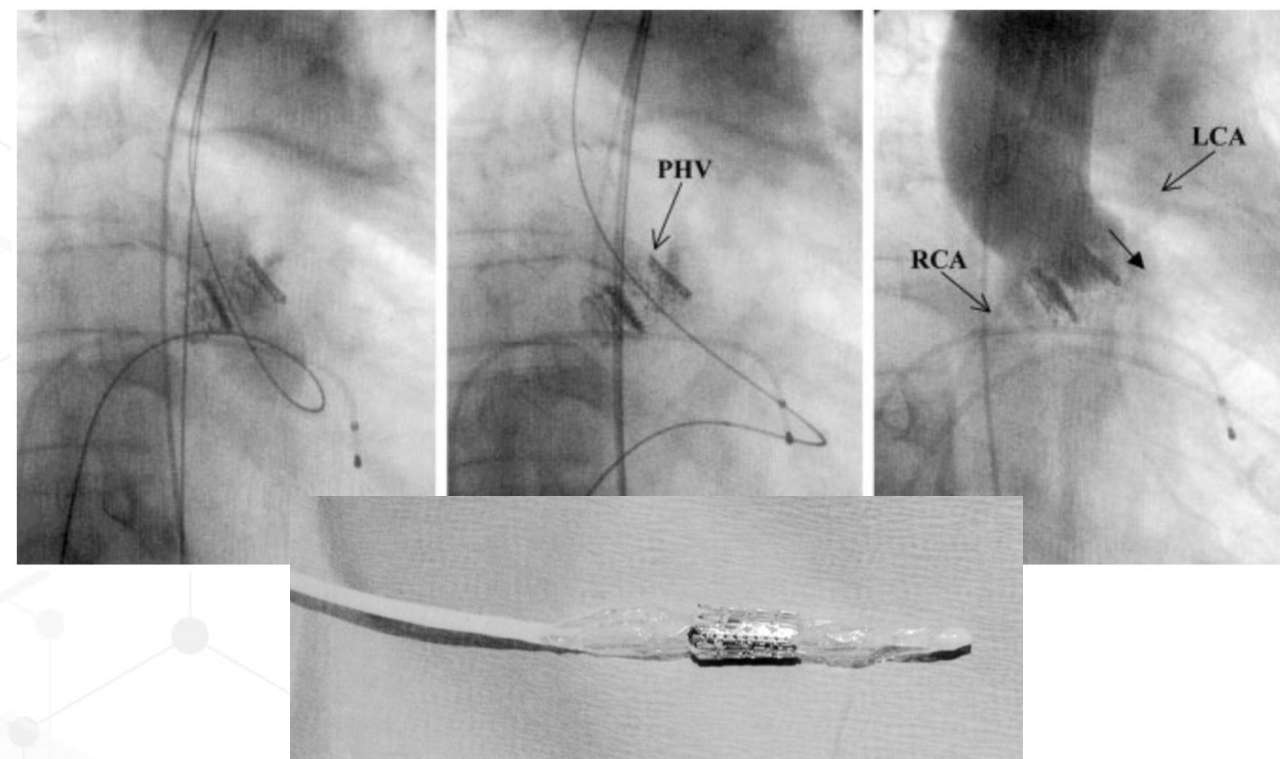
TAVI / TAVR



Percutaneous Transcatheter Implantation of an Aortic Valve Prosthesis for Calcific Aortic Stenosis

First Human Case Description

Alain Cribier, MD; Helene Eltchaninoff, MD; Assaf Bash, PhD; Nicolas Borenstein, MD;
Christophe Tron, MD; Fabrice Bauer, MD; Genevieve Derumeaux, MD; Frederic Anselme, MD;
François Laborde, MD; Martin B. Leon, MD



1^{ère} RCT sur le TAVI: Quel pronostic sans intervention ?

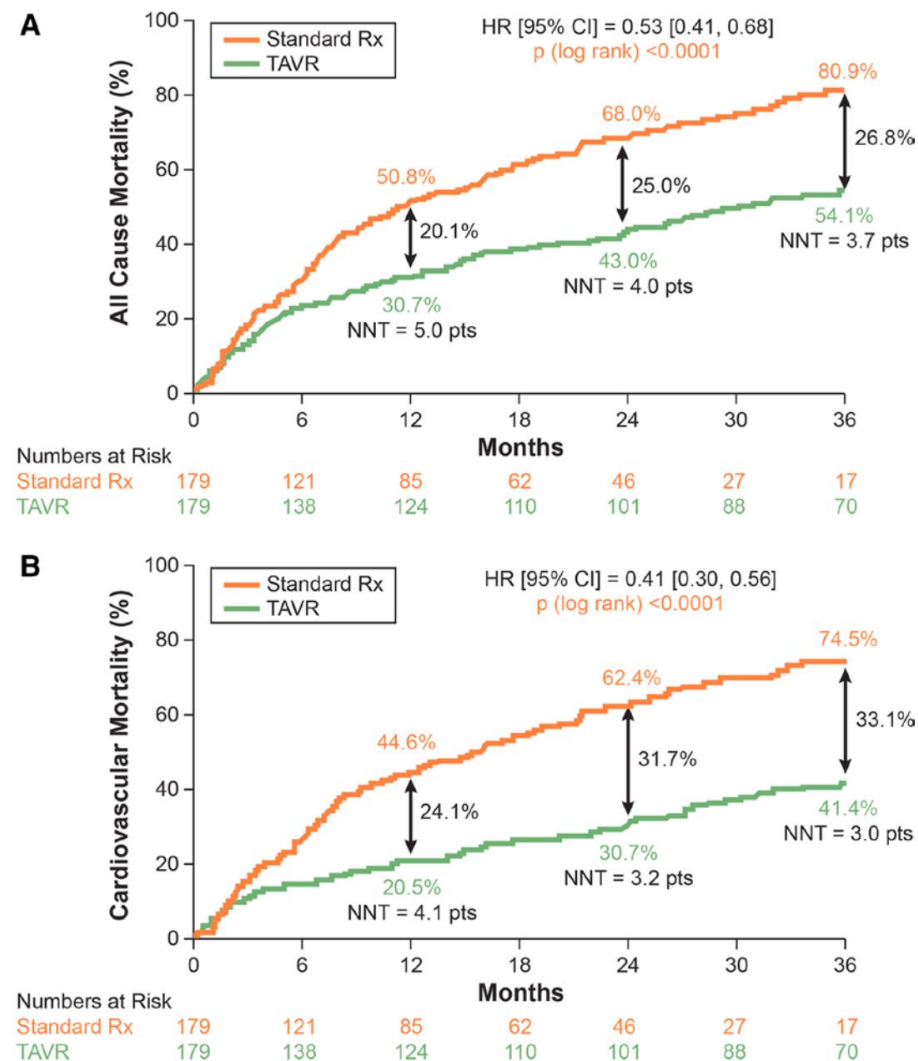
Without intervention AS is a lethal disease AND intervention is effective.

PARTNER 1B RCT:

Medical TT vs TAVI in inoperable patients

Long-Term Outcomes of Inoperable Patients With Aortic Stenosis Randomly Assigned to Transcatheter Aortic Valve Replacement or Standard Therapy

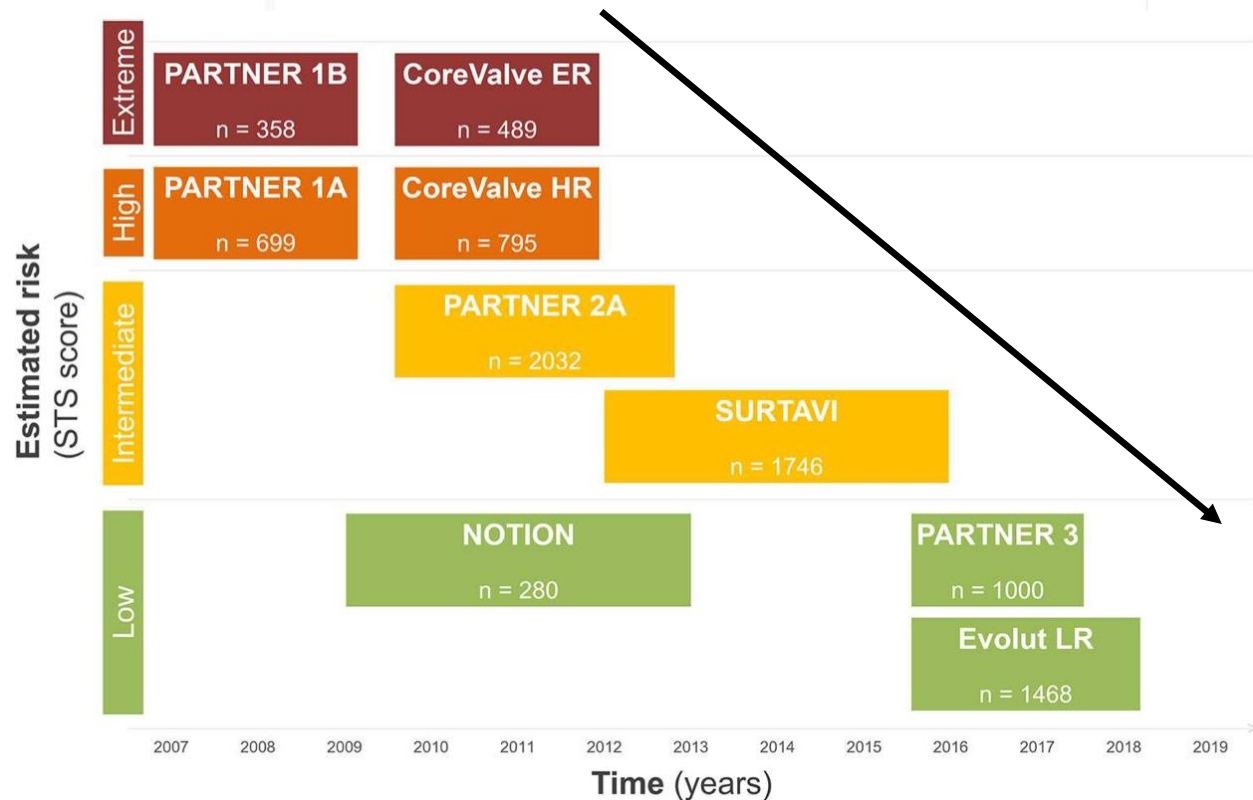
Samir R. Kapadia, MD, E. Murat Tuzcu, MD, Raj R. Makkar, MD, Lars G. Svensson, MD, PhD, Shikhar Agarwal, MD, MPH, Susheel Kodali, MD, Gregory P. Fontana, MD, ... [SHOW ALL](#) ... , and Martin B. Leon, MD | [AUTHOR INFO & AFFILIATIONS](#)



Du patient inopérable au patient à faible risque

RCT of TAVR Trials

TAVI non inférieur ou supérieur à la chirurgie

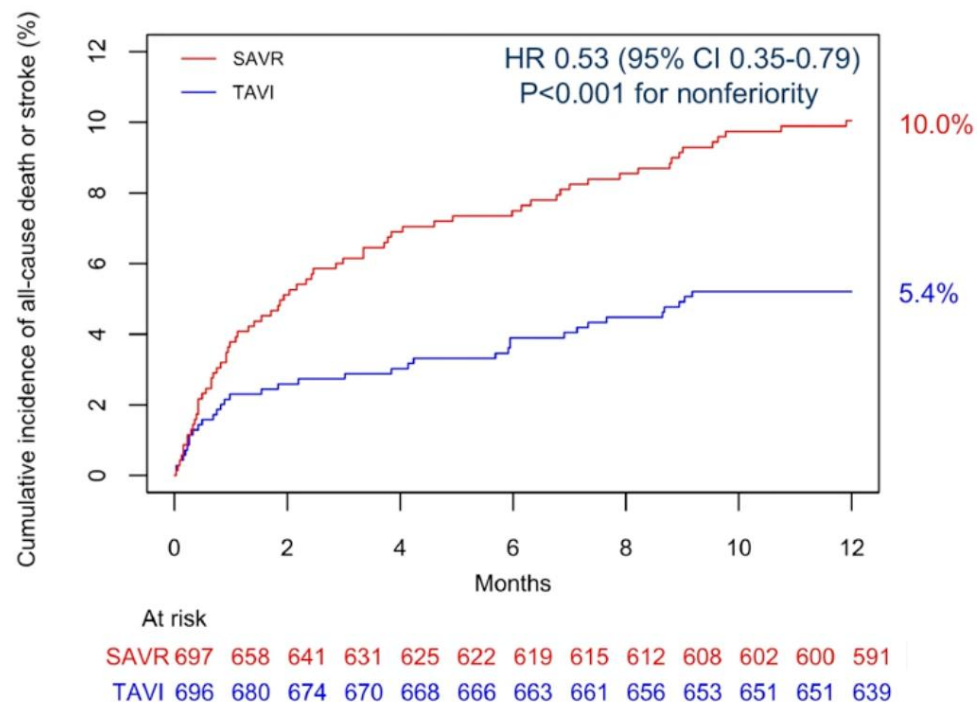


	STS Score	Age
<u>Inoperable Population</u>		
PARTNER IB Trial (2010)	11.6	83
<u>High Risk Population (>8)</u>		
PARTNER IA Trial (2011)	11.8	84
CoreValve US Pivotal Trial (2014)	7.4	83
<u>Intermediate Risk Population (4-8)</u>		
PARTNER II Trial (2016)	5.8	82
SURTAVI (2017)	4.5	80
<u>Low Risk Population (<4)</u>		
NOTION Trial (2015)	3.0	79
PARTNER III (2019)	1.9	73
Evolut Low Risk Trial (2019)	1.9	74
DEDICATE trial (2024)	1.8	74

All comers Low risk patients at 1 year DEDICATE Trial (n=1414)

Mean age 74 ± 4 years, STS: 1.8%,
Balloon expandable HV: 61.4%, Self Expandable HV: 35.1%

Primary Outcome: All-Cause Death or Stroke

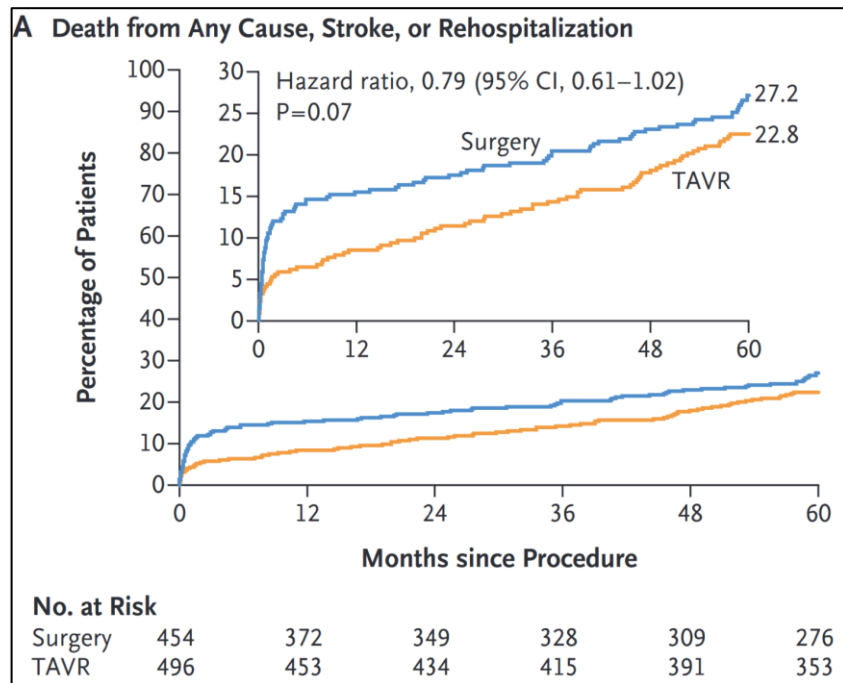
ACC.24

Low-risk patients at 5 years

ORIGINAL ARTICLE

Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Low-Risk Patients at Five Years

PARTNER 3

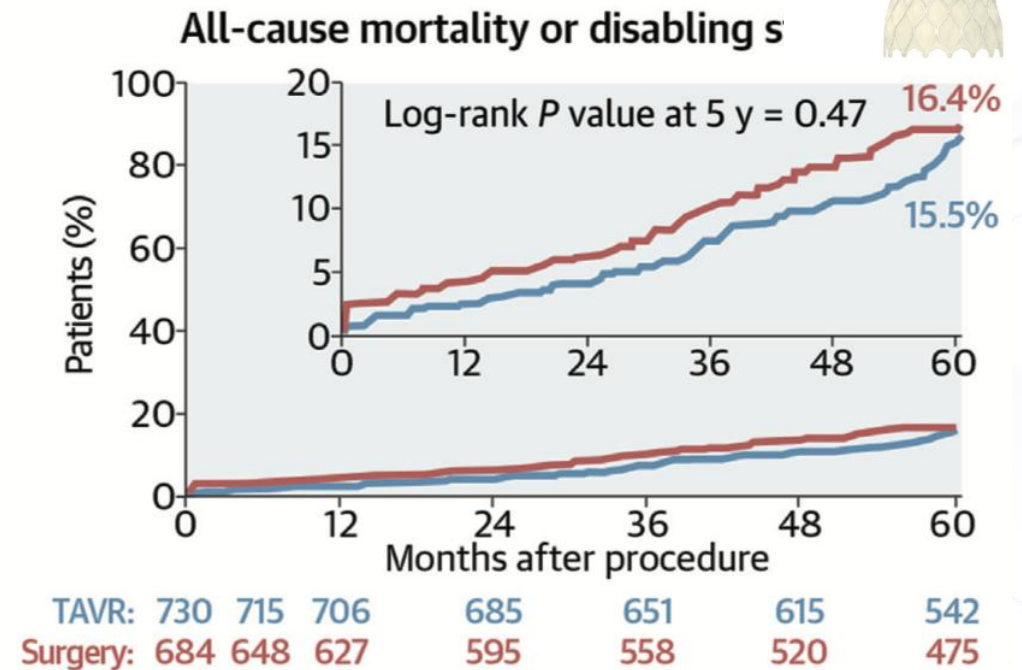


Aortic valve reintervention:
2.6% TAVR vs 3.0% SAVR

Mack MJ et al. NEJM 2023;389:1949-1960

5-Year Outcomes After Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients With Aortic Stenosis

Evolut Low Risk



Aortic valve reintervention:
3.3% TAVR vs 2.5% SAVR

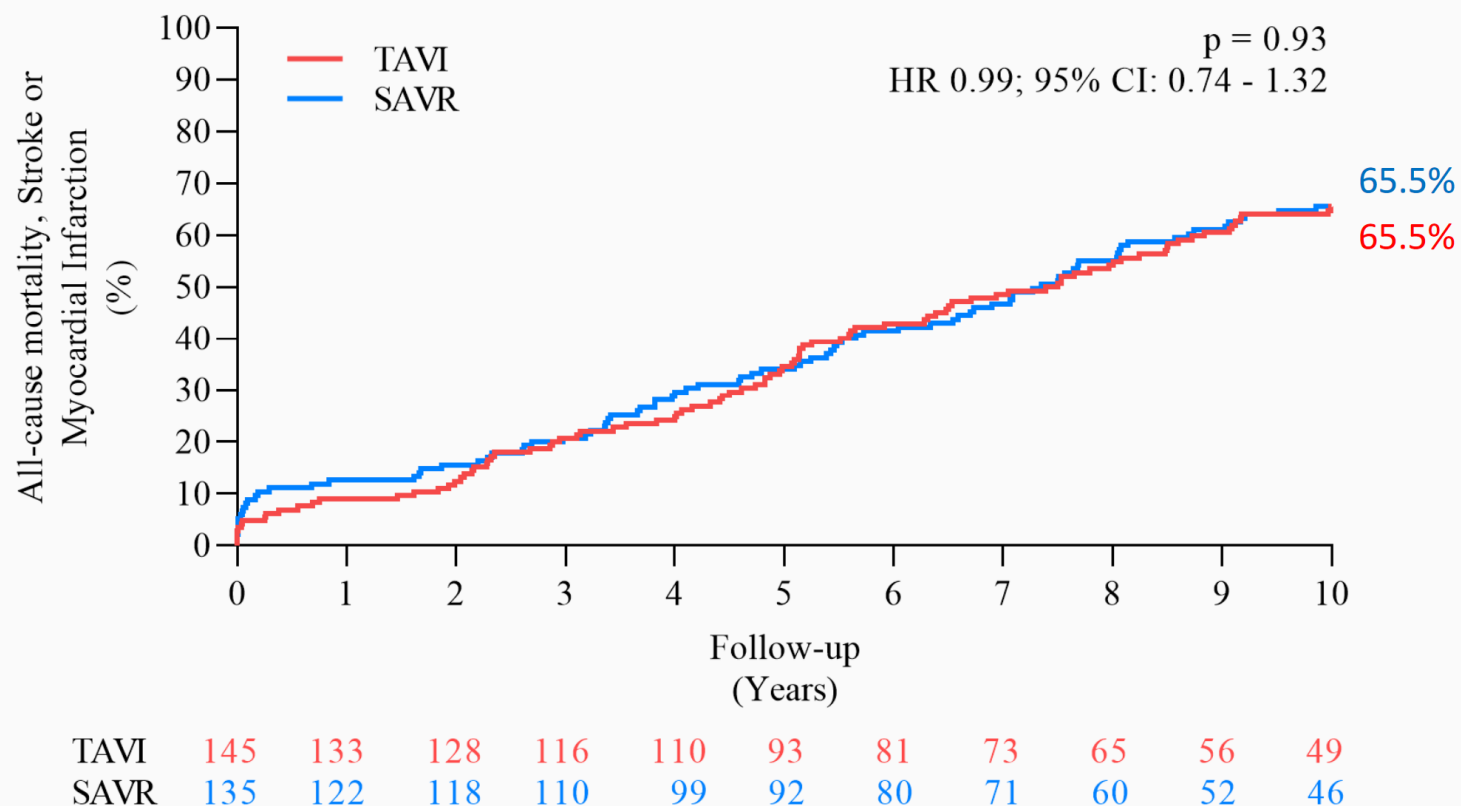
Forrest JK et al. JACC 2025;85:1523-1532

2025

NOTION Trial - 10 years

RCT TAVR (corevalve) vs. SAVR in lower risk patients ≥ 70 ans

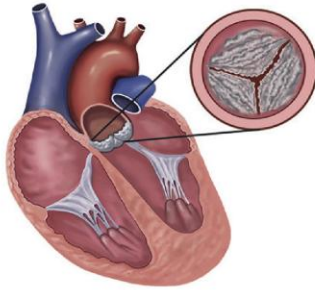
All-cause mortality, Stroke, Myocardial infarction



TAVR vs. SAVR in Lower-Risk Patients

Meta-analysis of RCTs: TAVR vs. SAVR

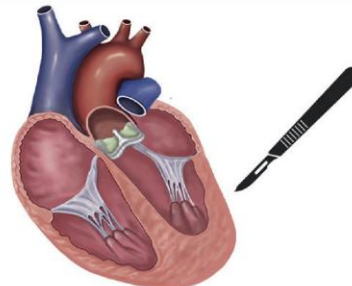
Meta-analysis of 6 trials enrolling 5,341 lower-risk patients with severe aortic stenosis



2,717 patients randomized to TAVR



2,624 patients randomized to SAVR

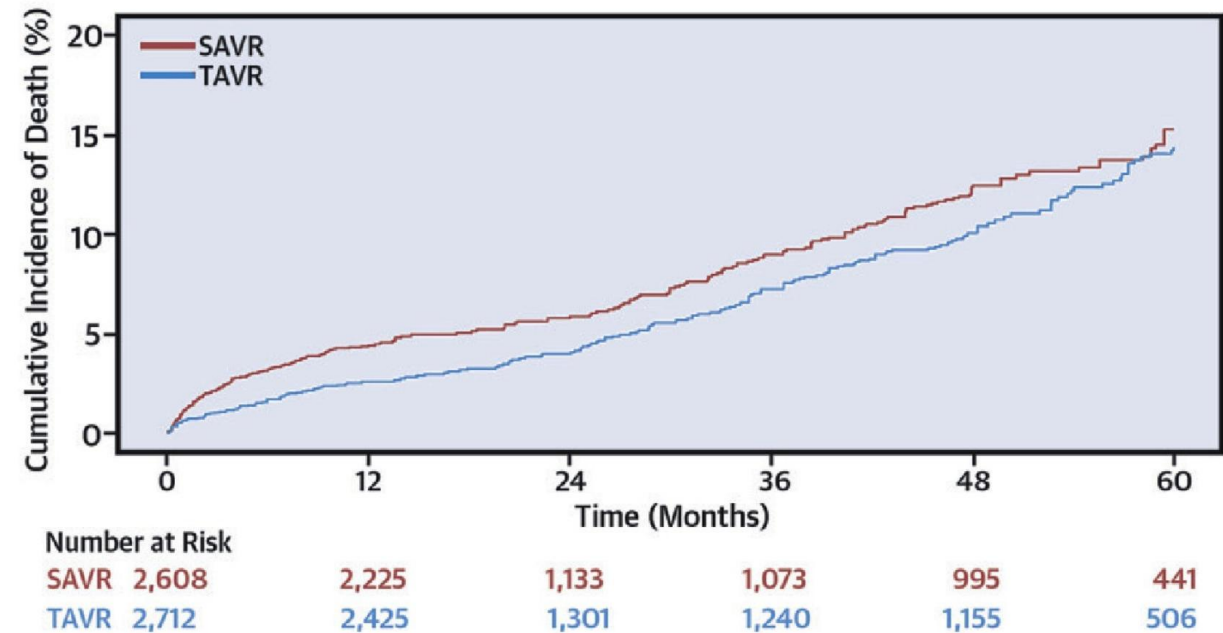


↓ All-cause death
HR: 0.80;
95% CI: 0.66-0.97; $P = 0.02$

↓ All-cause death or disabling stroke
HR: 0.81;
95% CI: 0.68-0.96; $P = 0.01$

↔ Stroke
HR: 0.97;
95% CI: 0.74-1.26; $P = 0.80$

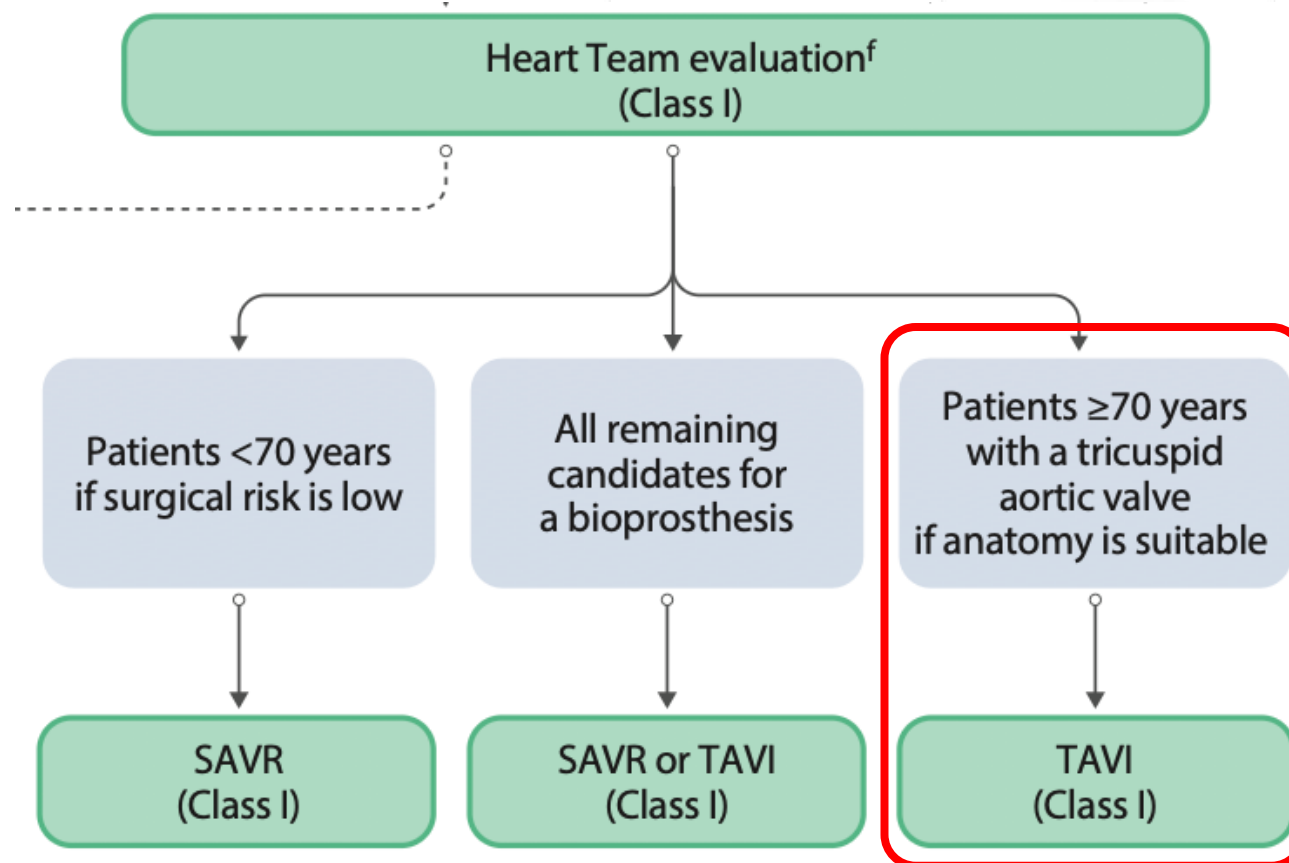
All-Cause Death in lower-risk Trials



Most patients have not yet undergone 5-year follow-up...

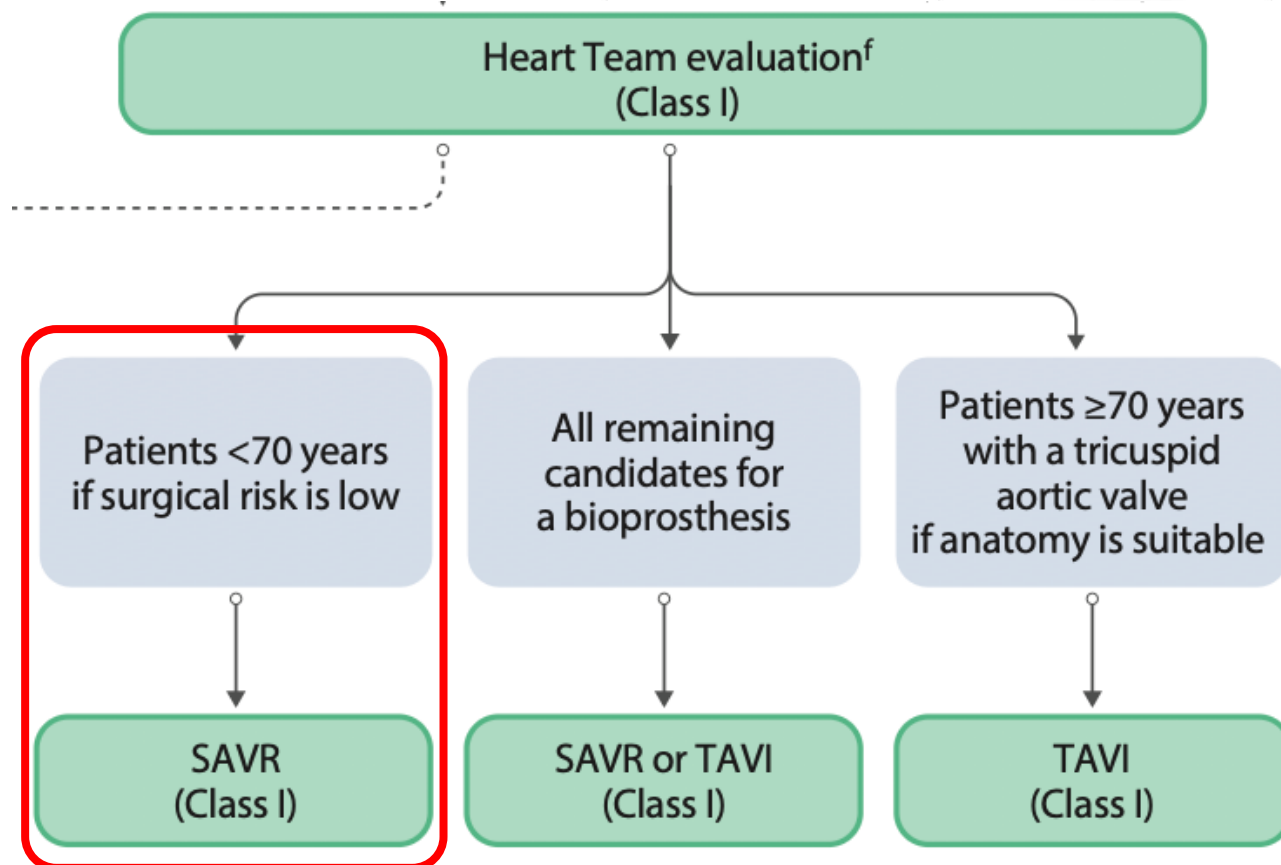
2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

Management of patients with severe aortic stenosis.



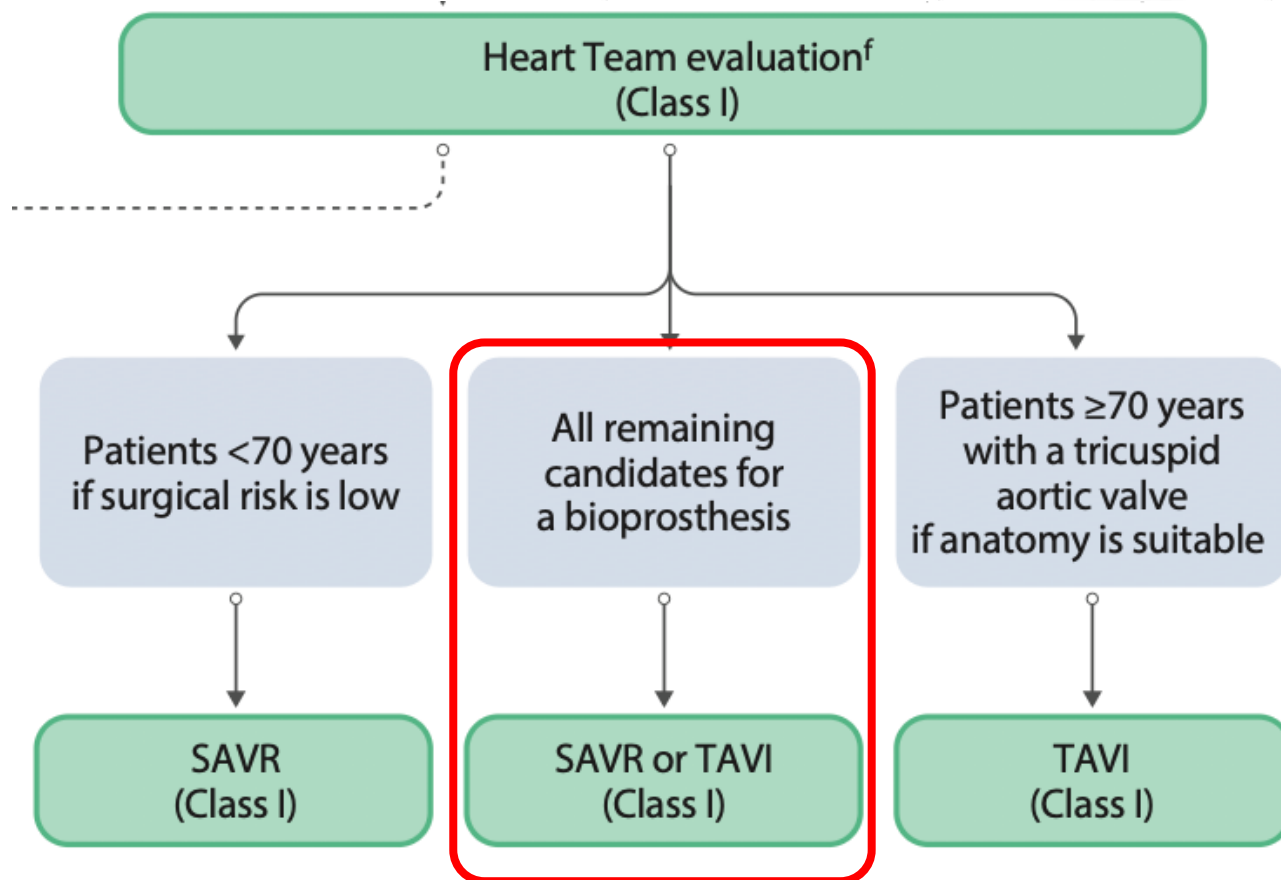
2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

Management of patients with severe aortic stenosis.

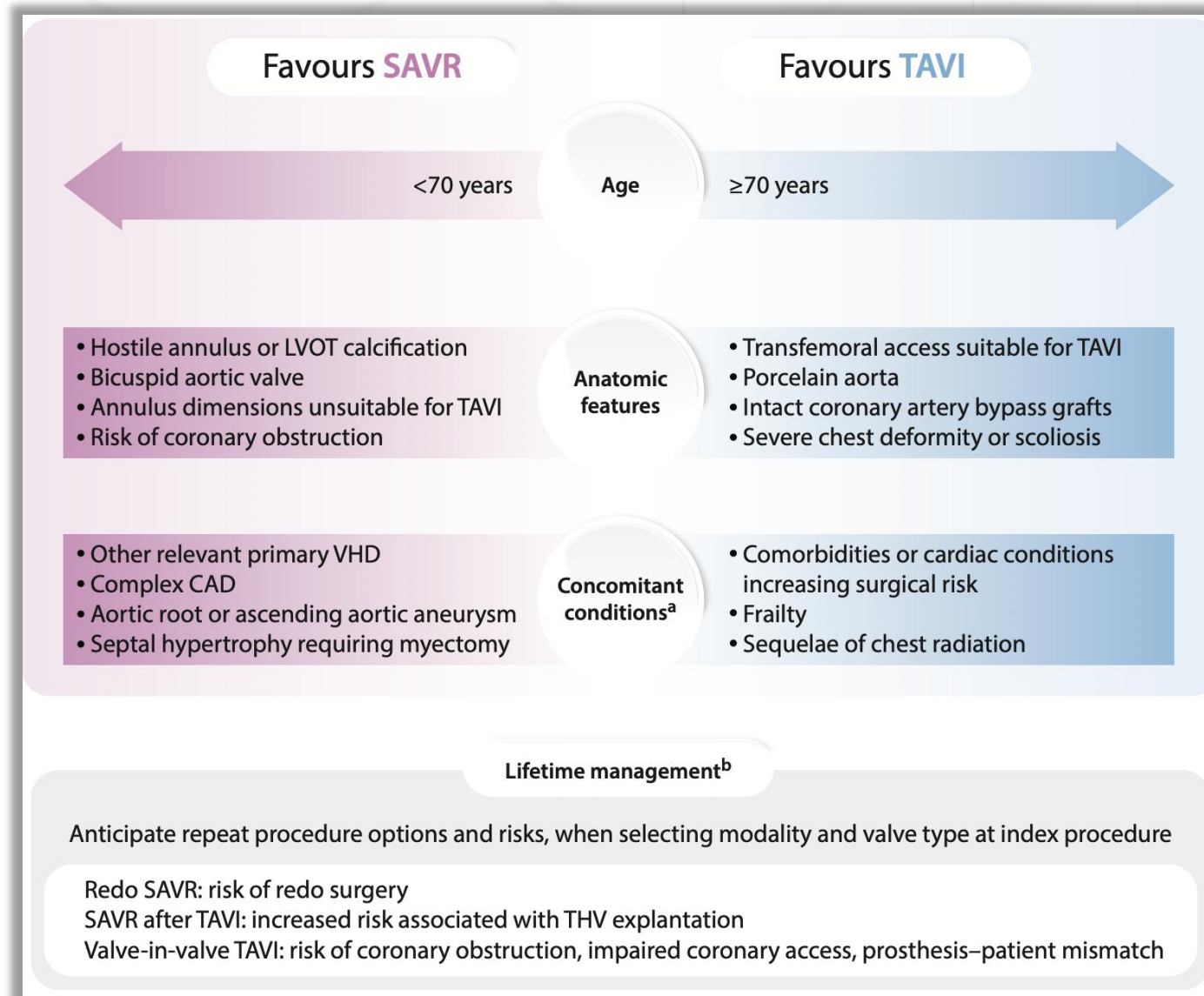


2025 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

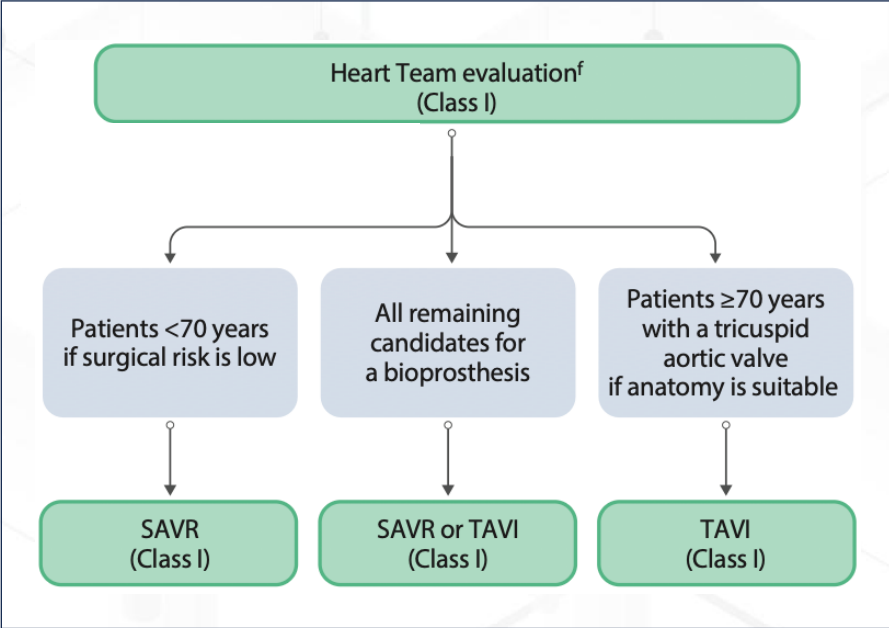
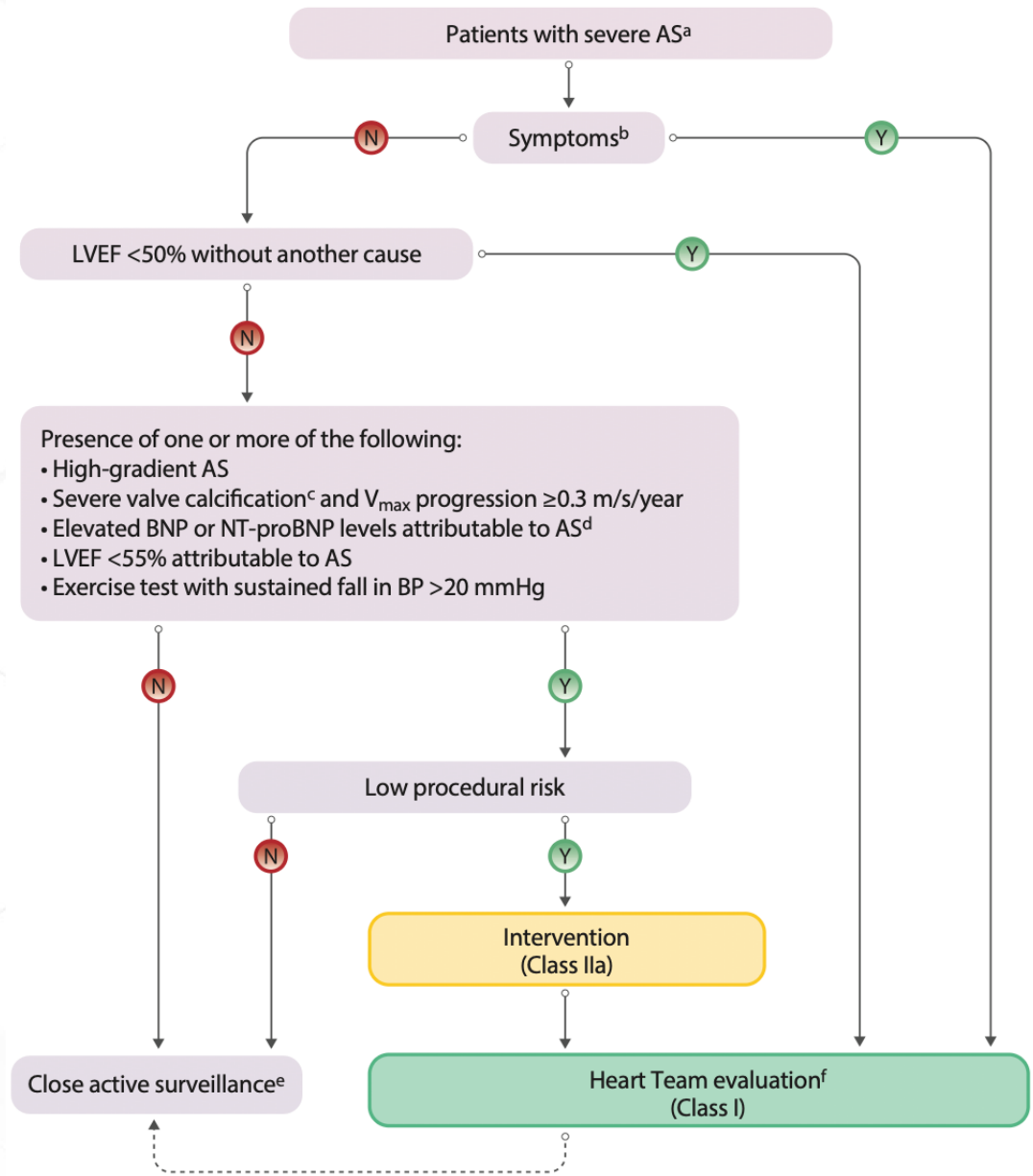
Management of patients with severe aortic stenosis.



Facteurs à considérer pour décider du mode d'intervention



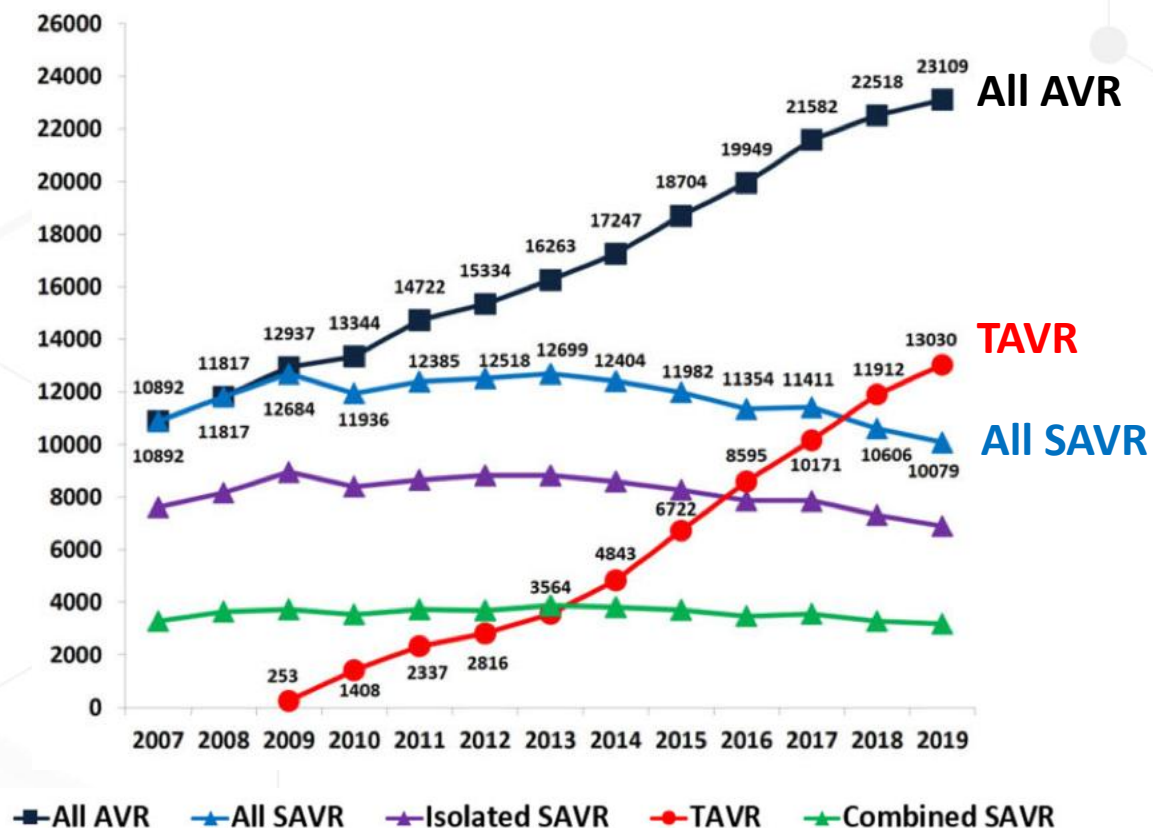
RAC serré asymptotique ?



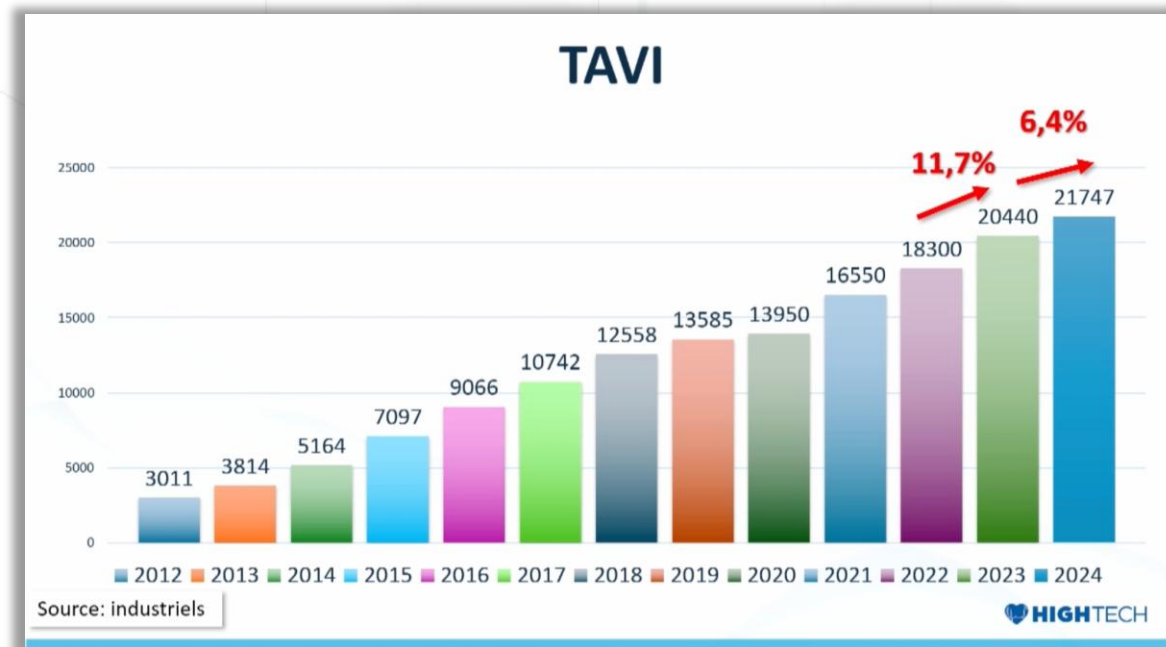
Évolution de l'offre TAVI en France

Trends in aortic valve replacement for aortic stenosis: a French nationwide study

Number of AVR performed yearly



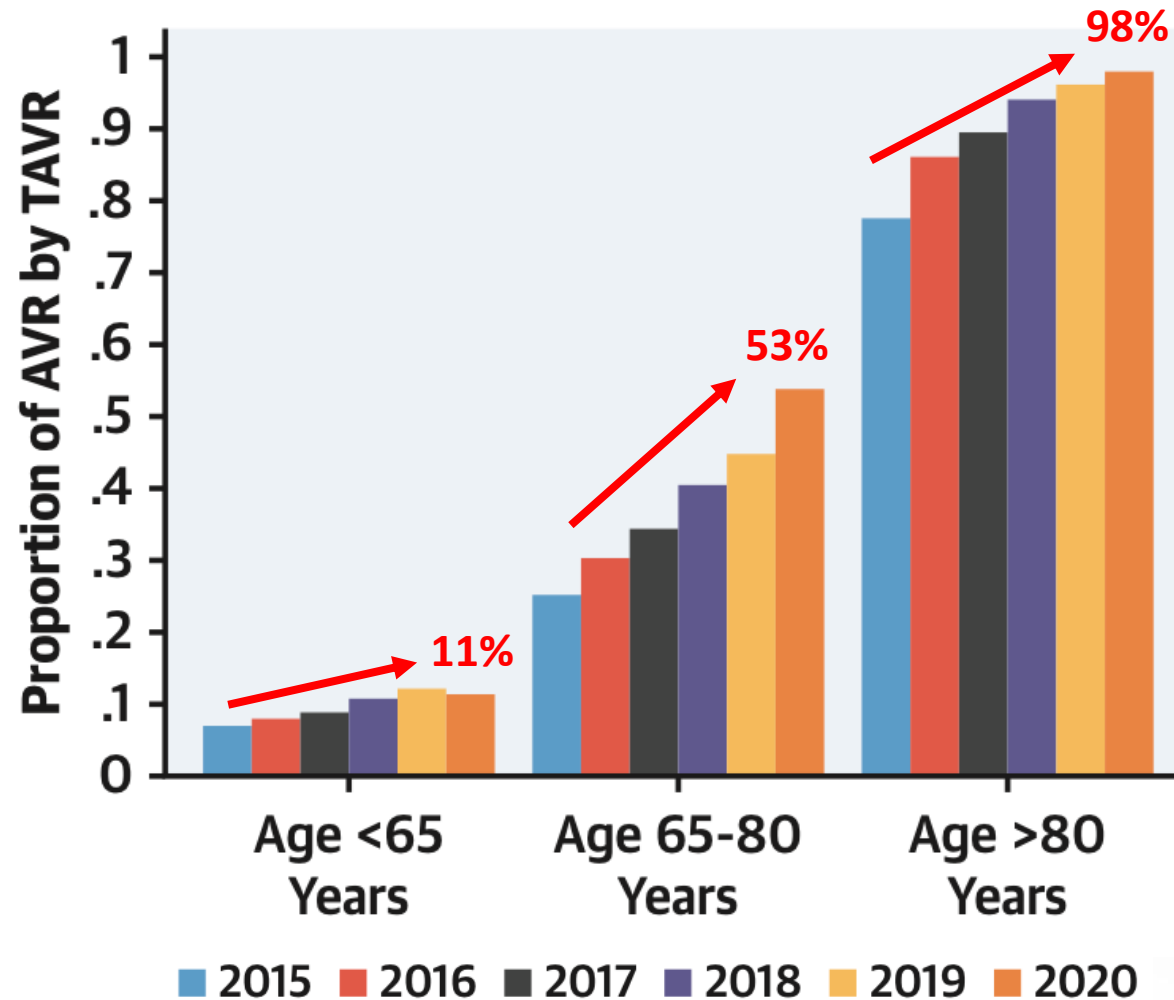
Activité TAVI en France



Prise en charge du RAC en France (selon l'âge)

Nationwide administrative database

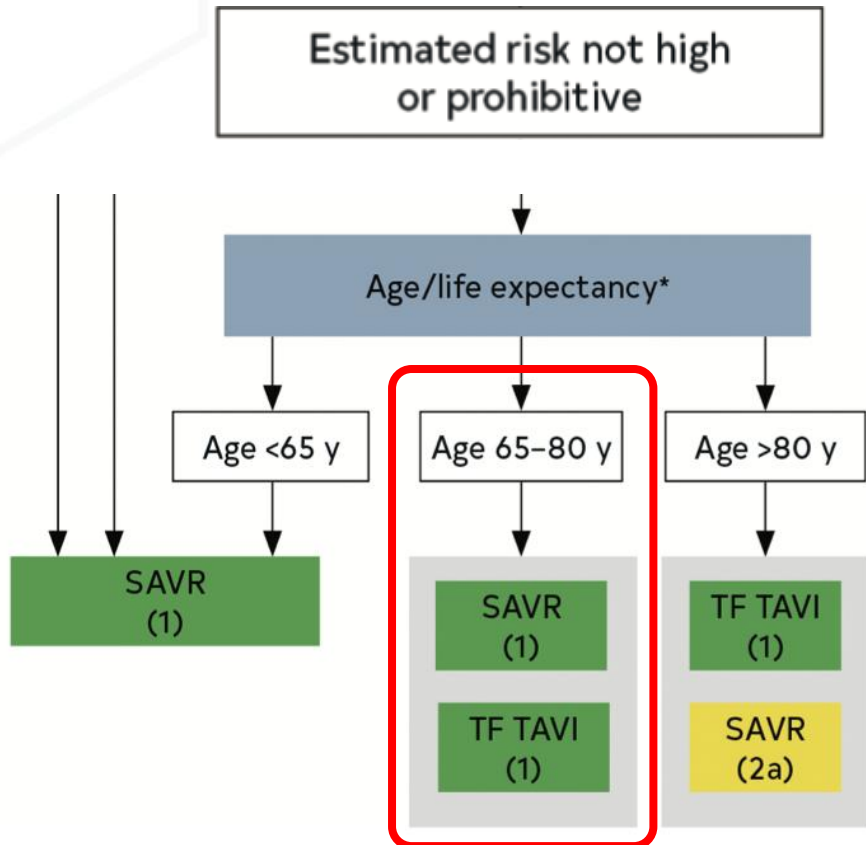
(107 397 pts treated for AVR, 2015 – 2020)



2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

TAVI or SAVR



Un facteur clé dans la prise de décision est le rapport entre l'espérance de vie du patient et la durabilité connue de la valve.

Age/life expectancy*

Valve anatomy

Prosthetic valve preference

Concurrent cardiac conditions

Noncardiac conditions

Frailty

Estimated procedural or surgical risk of SAVR or TAVI

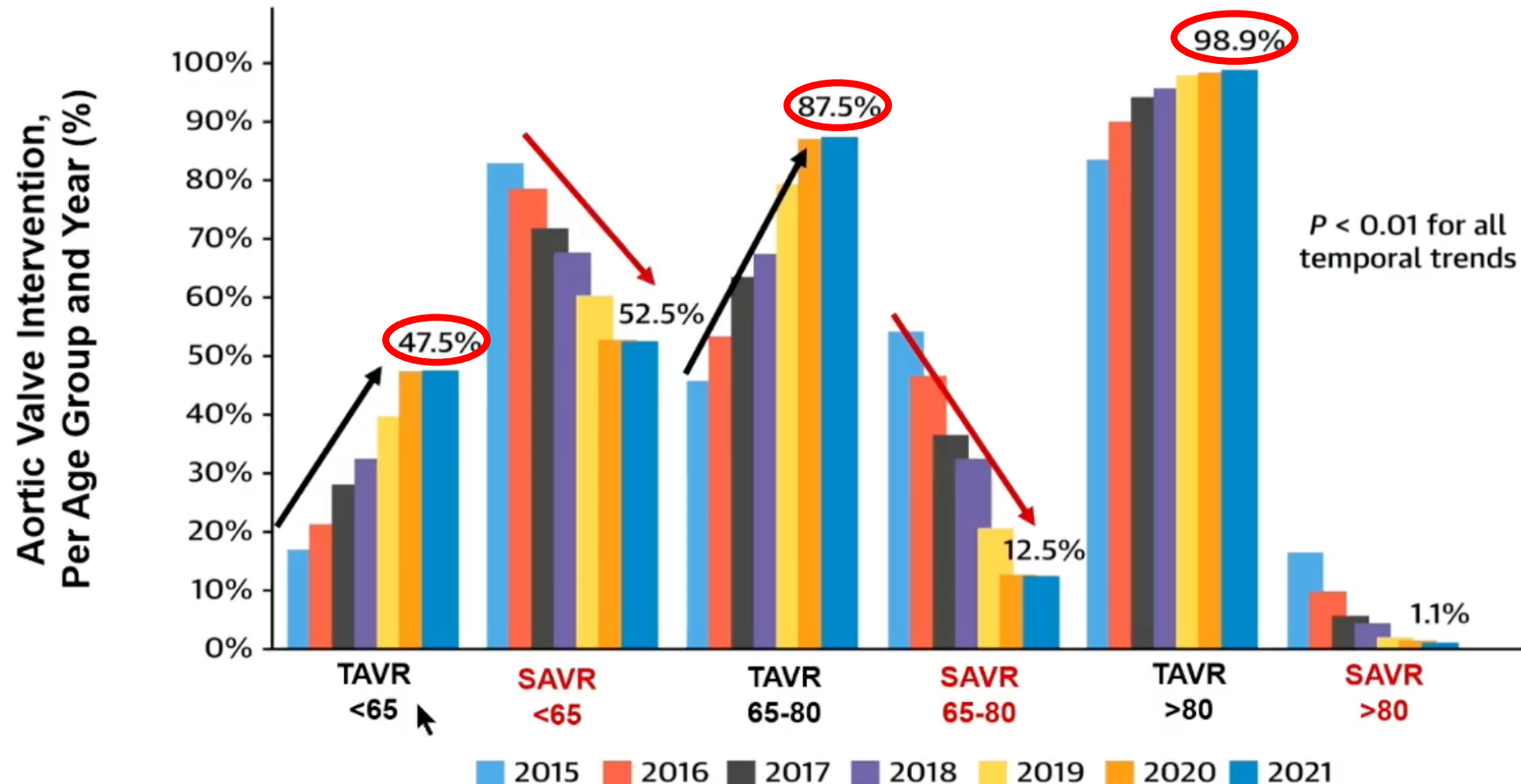
Procedure-specific impediments

Goals of Care and patient preferences and values

Prise en charge du RAC aux USA (selon l'âge)

National Trends in TAVR and SAVR in US

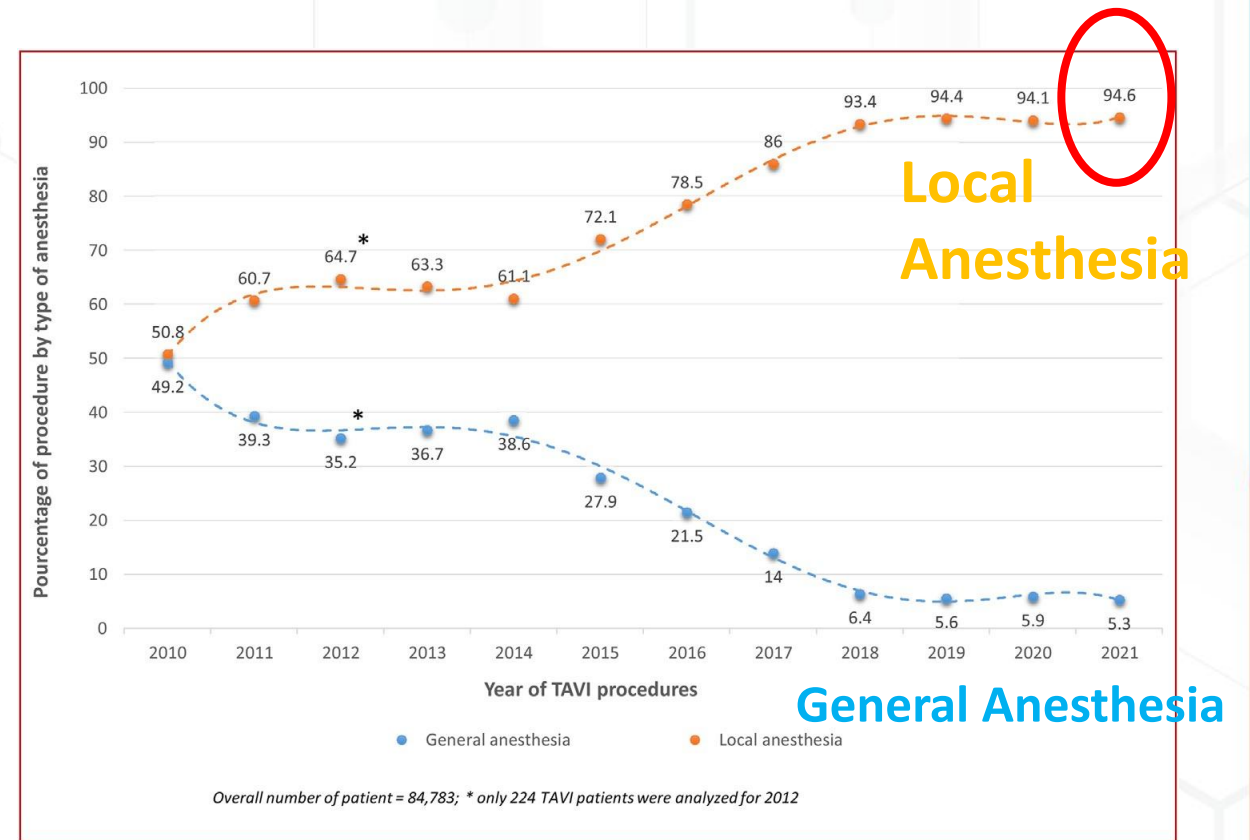
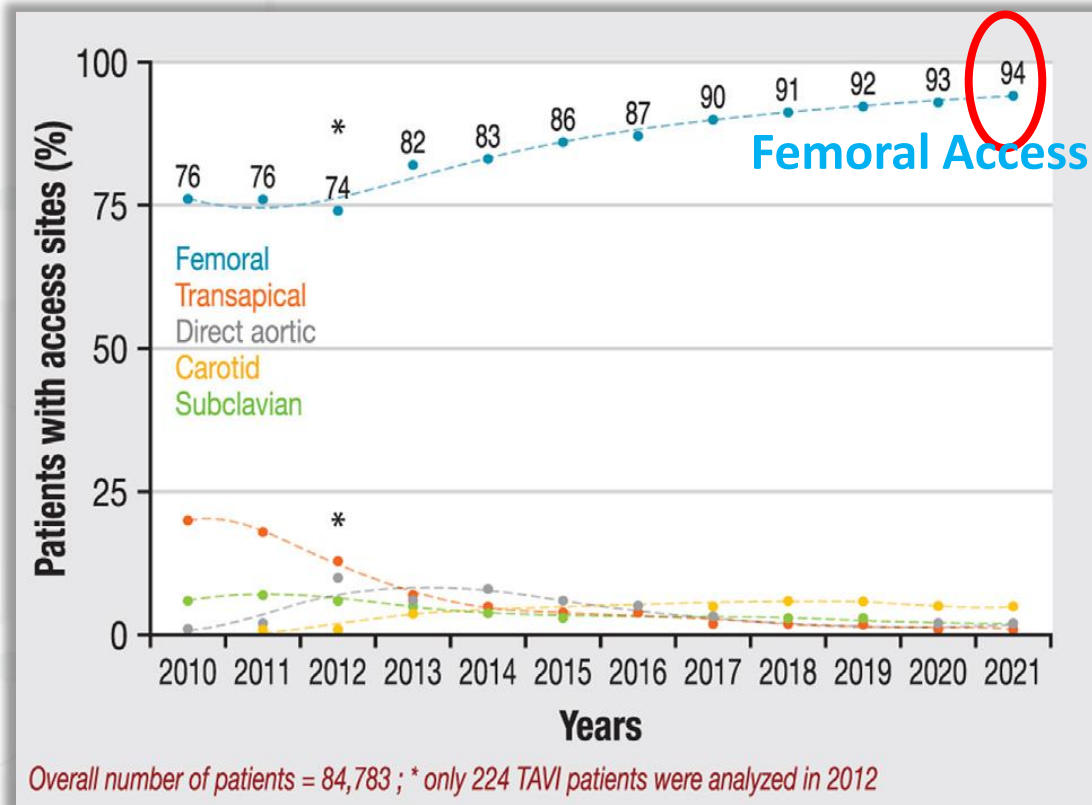
(national cohort of 142,953 patients)



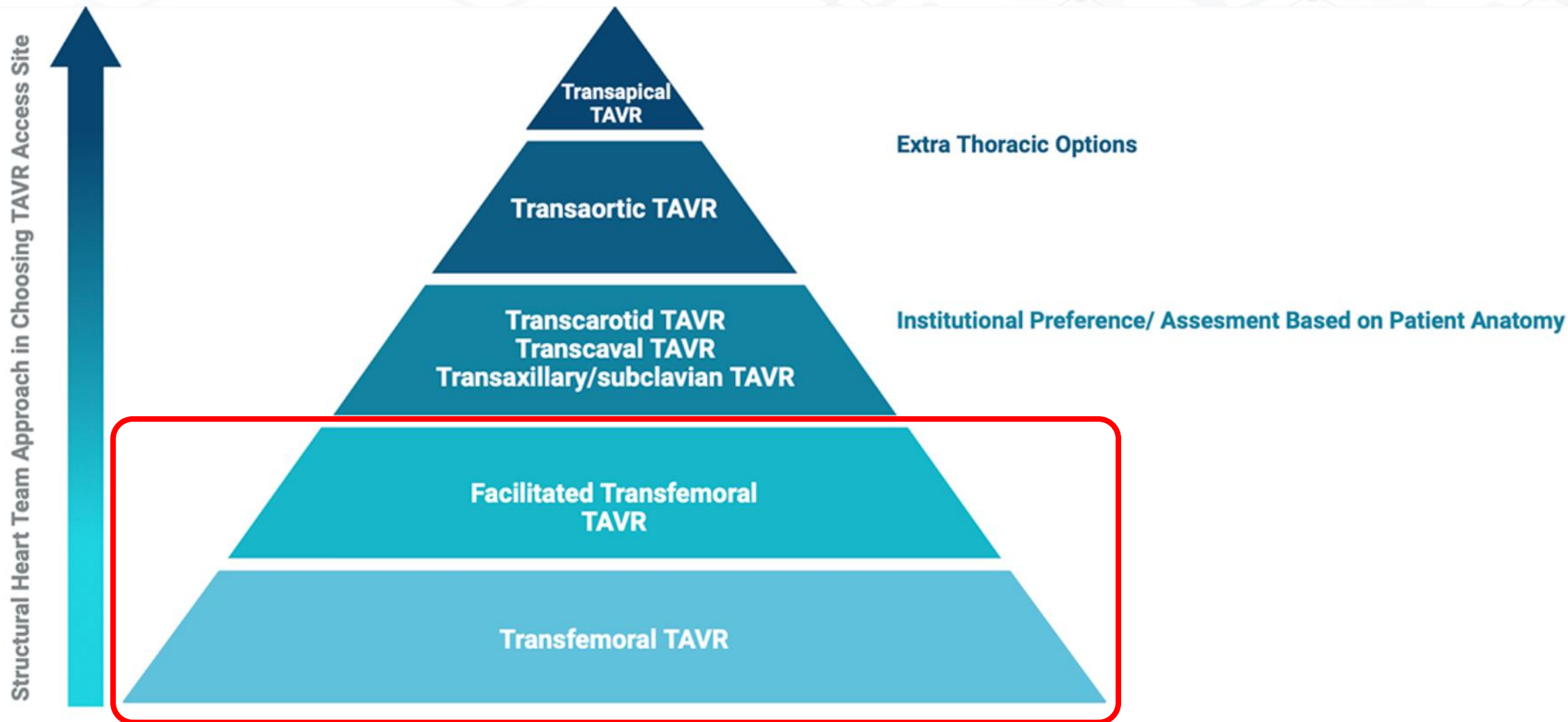
TAVI: la technique



Evolution of TAVI patients and techniques over the past decade: The French TAVI registries



TAVR alternative Access: Evolution and Current Practice

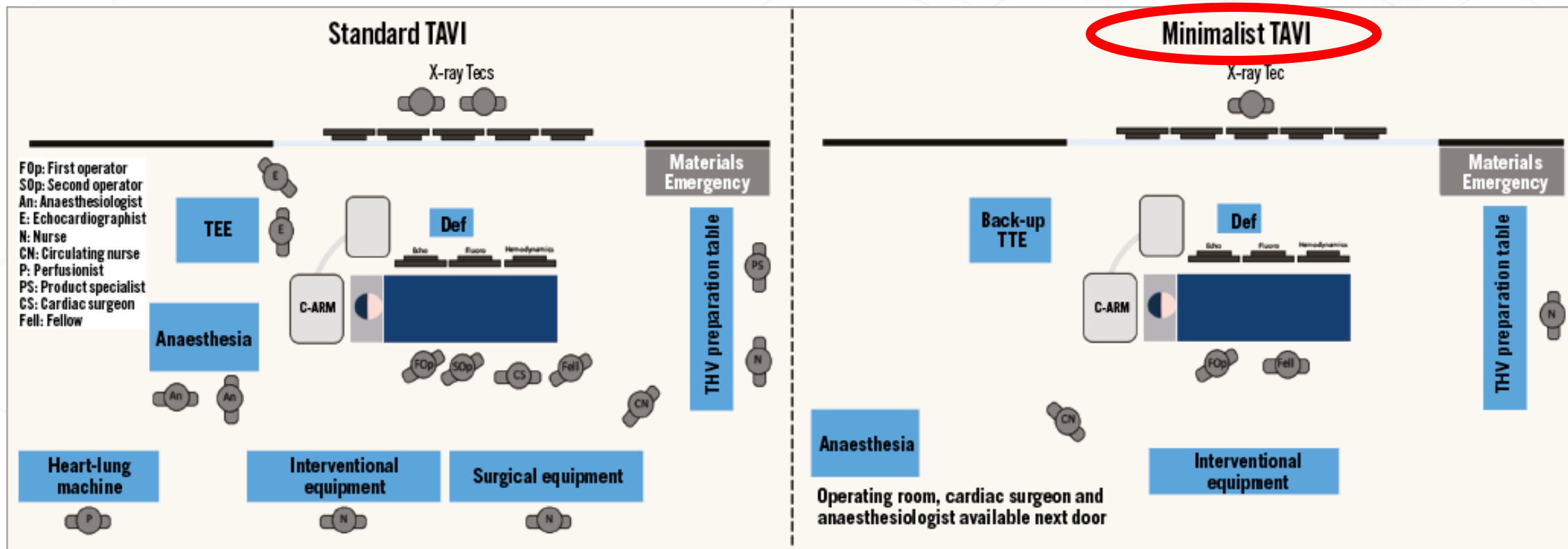


Simplification de la procédure

Hier



Aujourd'hui



AG

Accès chirurgical

Voie secondaire fémorale

Sonde d'entraînement VD



Anesthésie locale

Accès percutanée (pre-closing)

Voie secondaire radiale

Stimulation sur Guide VG

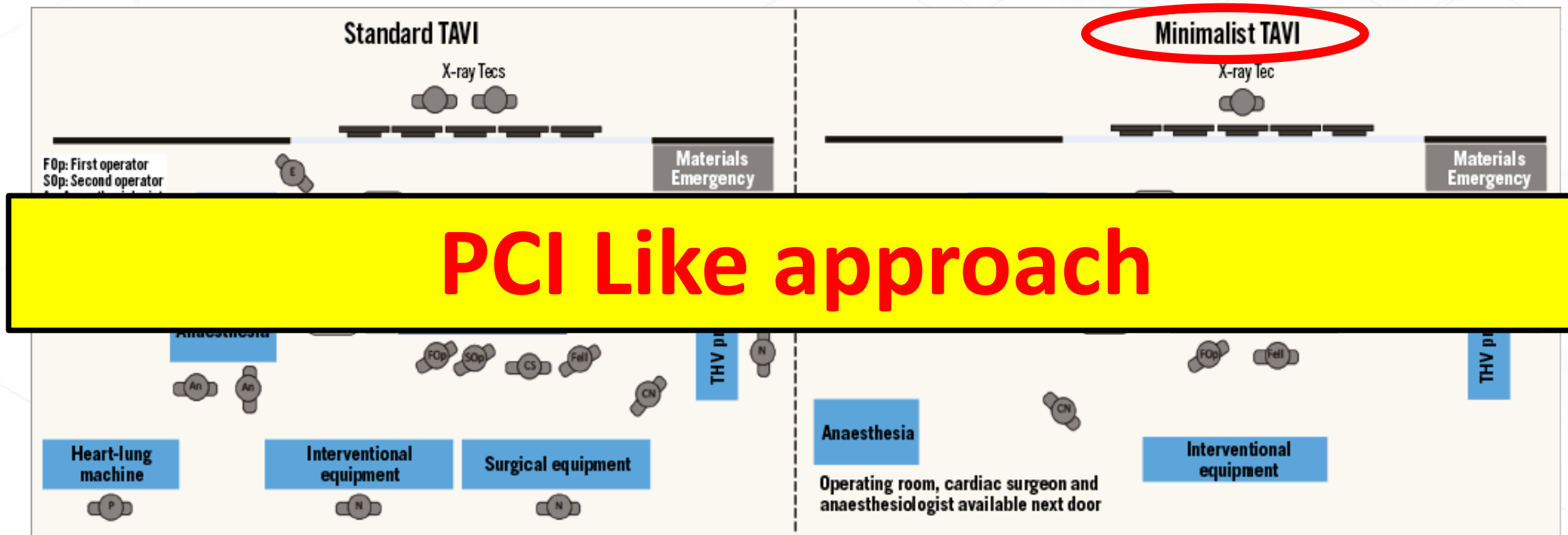


Simplification de la procédure

Hier



Aujourd'hui



AG

Accès chirurgical

Voie secondaire fémorale

Sonde d'entraînement VD



Anesthésie locale

Accès percutanée (pre-closing)

Voie secondaire radiale

Stimulation sur Guide VG

LPPR prostheses in sept 2025



Sapien 3 Ultra

Balloon-Expandable



Evolut Fx

Self-Expandable



Navitor

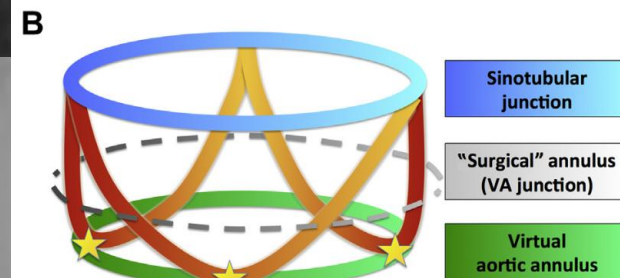
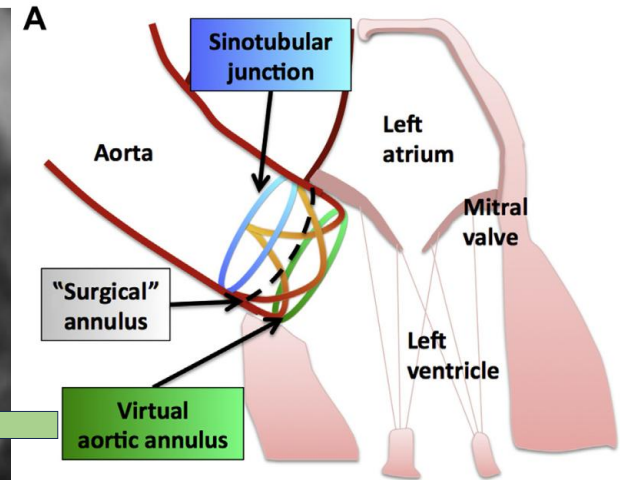
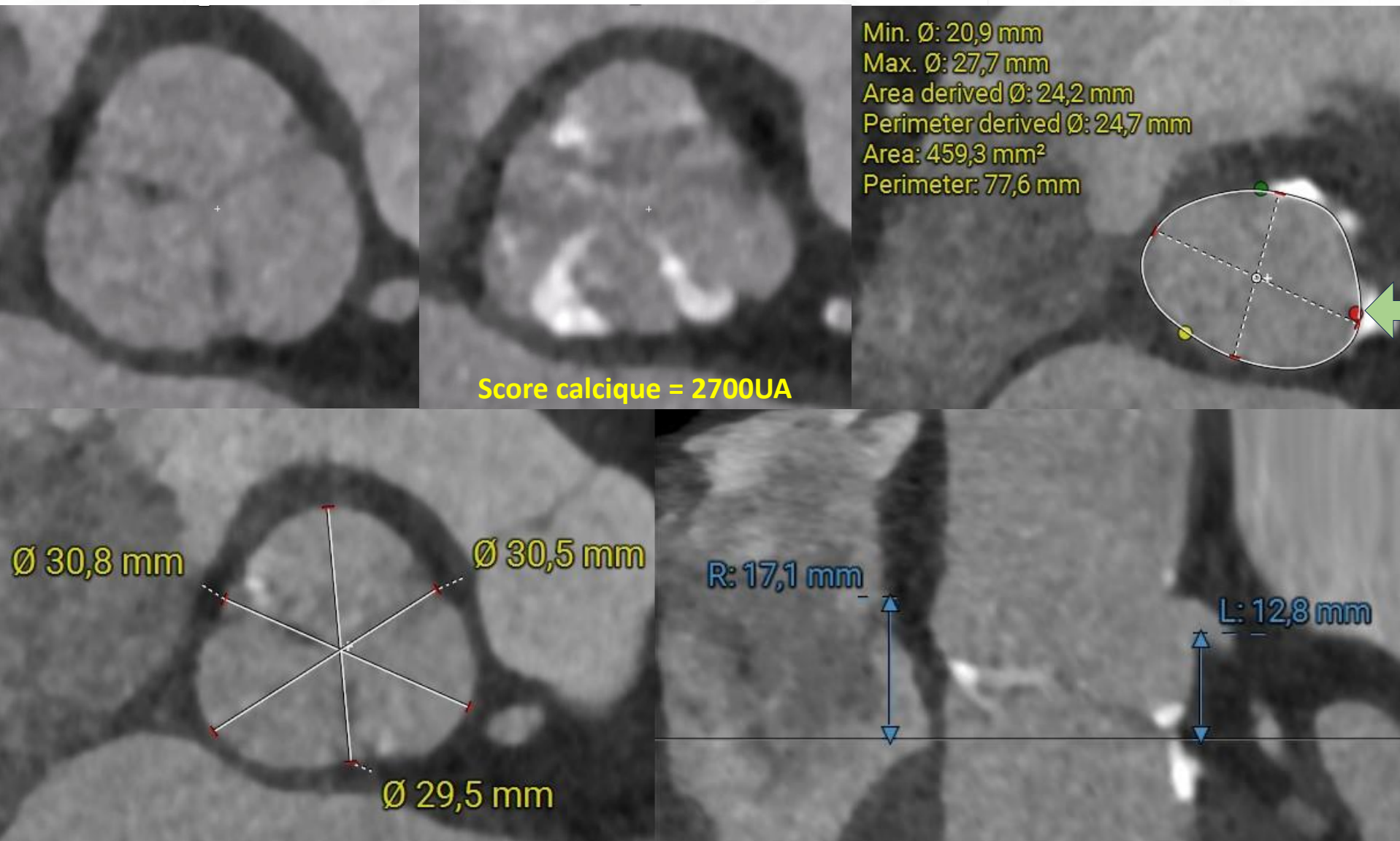
Self-Expandable

Whatever the operative risk

High operative risk



CT Scan: indispensable au choix de la prothèse (type et taille)



Sinning et al. JACC 2013



- Severe annulus calcification
- Narrow root and low coronary ostia
- Narrow sinotubular junction
- Mitral annular calcification
- Porcelain aorta
- Bulky leaflet and low coronary ostia

1) Reference alternative sizing modalities (echocardiography, balloon sizing)

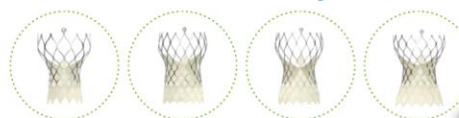
- Clinical: very advanced age, corticosteroids, chest radiation, extensive calcification, calcium extending into the LVOT, etc

Bond Recommendations Setting Core Values of 0 to Values that are Depressed With Minimal Variations																				
2D Area-derived Diameter (mm)	20.0	20.2	20.5	20.7	21.0	21.1	21.4	22.0	22.3	22.6	22.8	23.0	23.1	23.4	23.7	23.9	24.0	24.2	24.5	
2D Annular Area (mm ²)	314	320	330	338	346	350	360	370	380	390	400	410	415	420	430	440	450	452	460	470
% Annular Area Over (a) or Under (z) Nominated by 2D CT	0.0	1.9	23.0	20.1	17.3	16.0	12.8	9.7	6.8	4.1	1.5	-1.0	-2.2	-3.3	-5.6	-7.7	-9.8			
											29.8	26.6	25.1	23.6	20.7	18.0	15.3	14.8	12.8	10.4

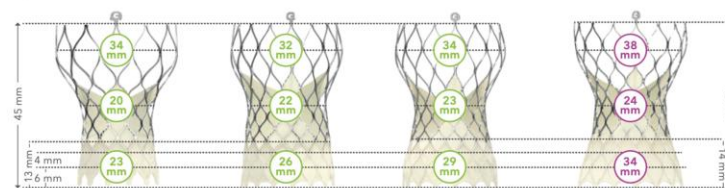
ALL VALUES PRESENTED ARE BASED ON
NOMINAL/RECOMMENDED INFLATION VOLUMES

24.5	24.7	25.0	25.2	25.5	25.7	26.0	26.2	26.4	26.5	26.7	26.9	27.2	27.4	27.6
470	480	490	500	510	520	530	540	546	550	560	570	580	590	600
10.4	8.1	5.9	3.8	1.8	-0.2	-2.1	-3.9	-4.9	-5.6	-7.3	-8.9			
			29.8	27.3	24.8	22.5	20.2	18.9	18.0	15.9	13.9	11.9	10.0	8.2

Sélection de la valve



Taille (mm)	23	26	29	34
Diamètre de l'anneau (mm)	18-20	20 à 23	23 à 26	26 à 30
Périmètre de l'anneau (mm, P=Dx π)	56,5 à 62,8	62,8 à 72,3	72,3 à 81,7	81,7 à 94,2
Diamètre moyen des sinus de Valsalva (mm)	≥ 25	≥ 27	≥ 29	≥ 31
Hauteur moyenne des sinus de Valsalva (mm)	≥ 15	≥ 15	≥ 15	≥ 16
Diamètre cathéter	14 [18]	14 [18]	14 [18]	18 [22]
[Compatibilité introducteur] (Fr)				



Data Medtronic

23mm

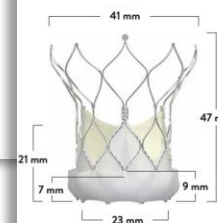
26m

29mm

34mm

Taille de la valve Navitor	Taille de l'anneau natif (mm)	Surface (mm ²)*	Périmètre (mm)*	Diamètre de l'aorte ascendante (mm)	Largeur des sinus de Valsalva (mm)	Diamètre de Vaisseaux minimum (mm)	Diamètre de l'accès vasculaire (mm)
23 mm	19-21	277-346	60-66	26-36	≥ 25	≥ 5.0	3
25 mm	21-23	338-415	66-73	28-38	≥ 27	≥ 5.0	3
27 mm	23-25	405-491	72-79	30-40	≥ 29	≥ 5.5	3
29 mm	25-27	479-573	79-85	32-42	≥ 31	≥ 5.5	3

*Recommandation basée sur une géométrie circulaire ou elliptique (≥ 0.73 ratio)



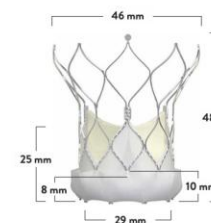
Valve 23 mm
Taille des anneaux: 19-21 mm



Valve 25 mm
Taille des anneaux: 21-23 mm

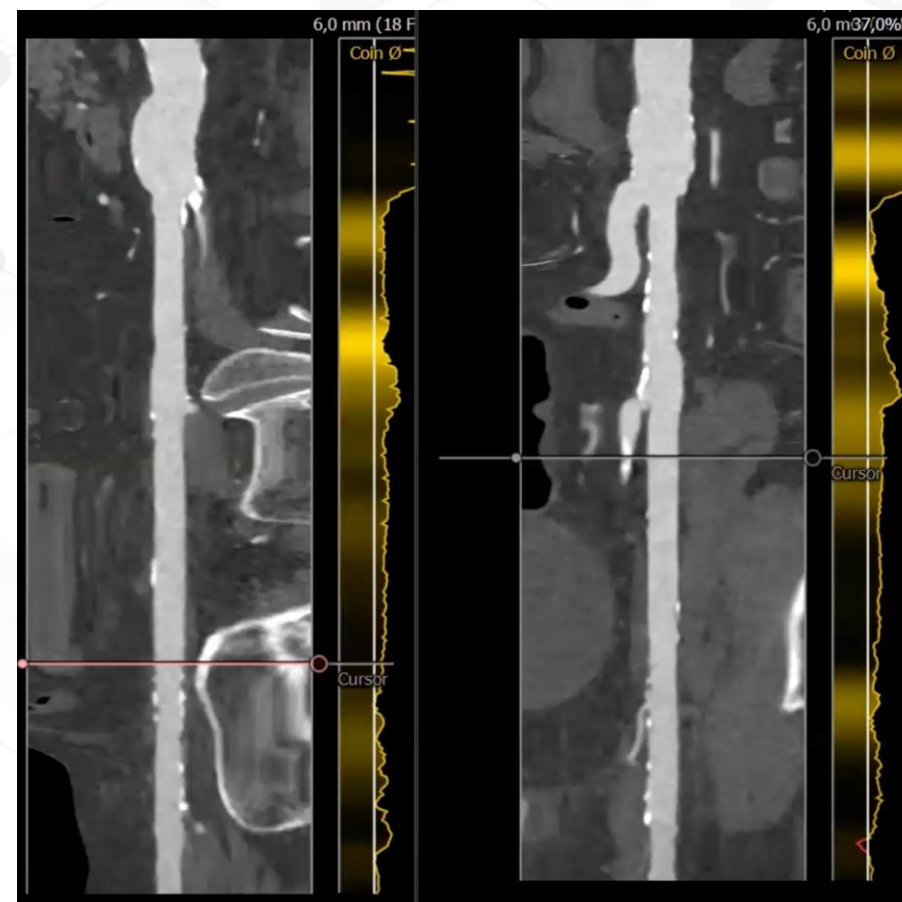
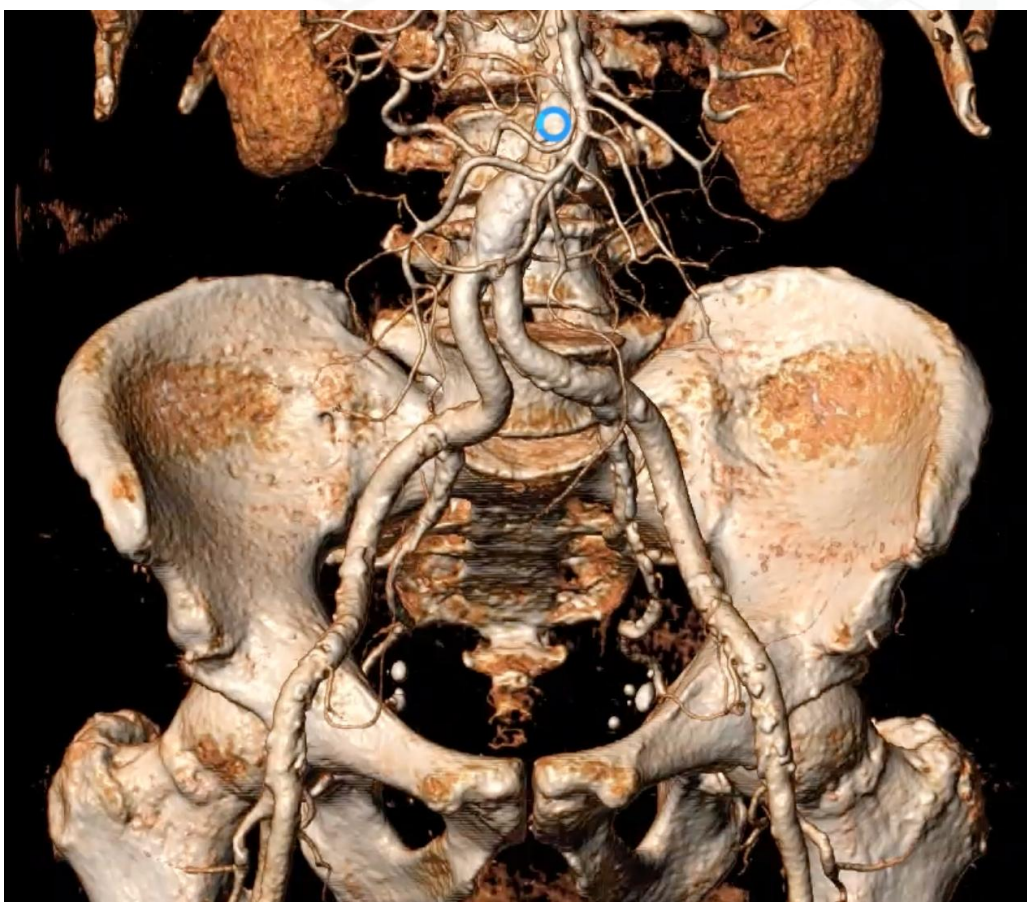


Valve 27 mm
Taille des anneaux: 23-25 mm

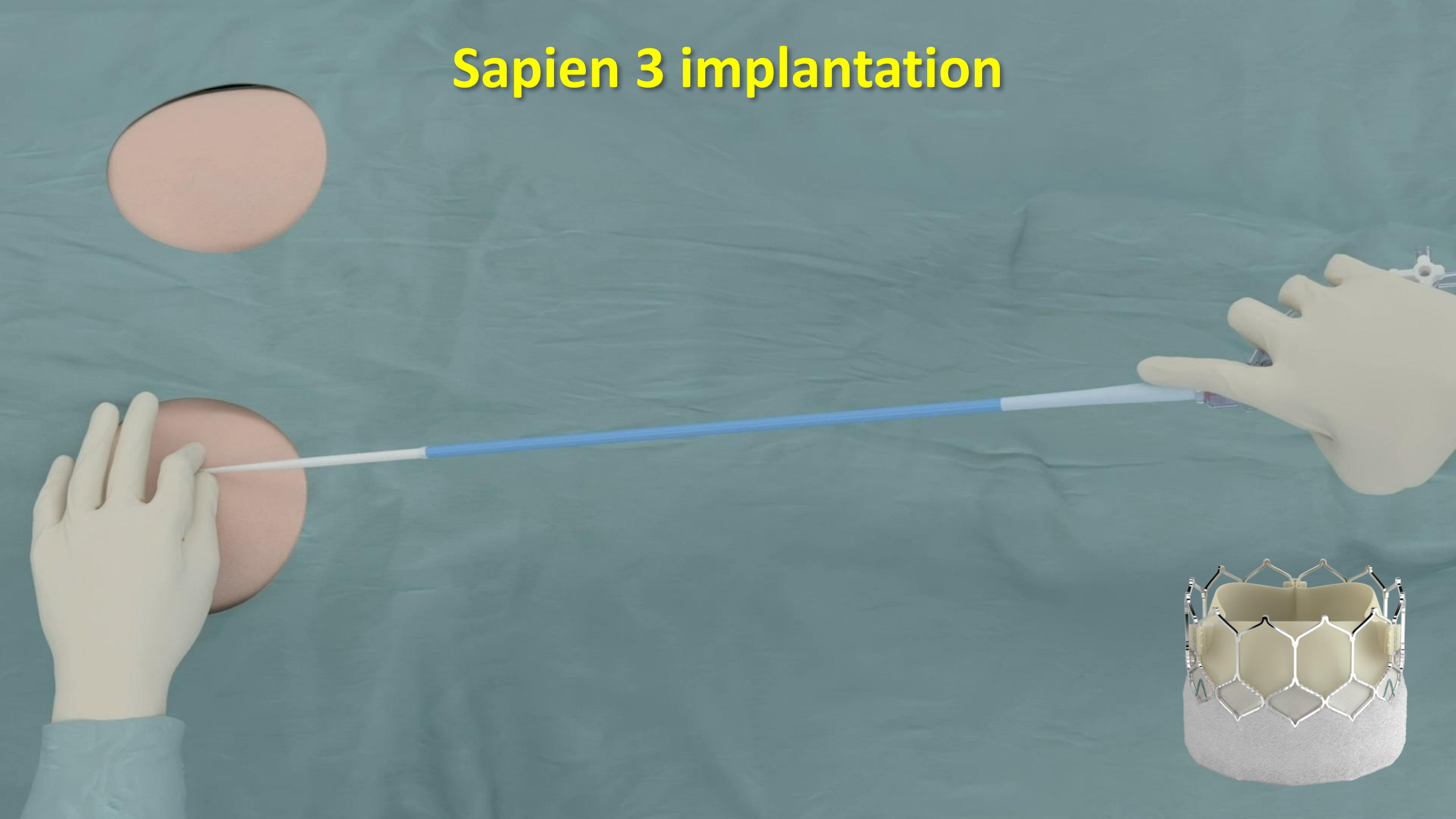


Valve 29 mm
Taille des anneaux: 25-27 mm

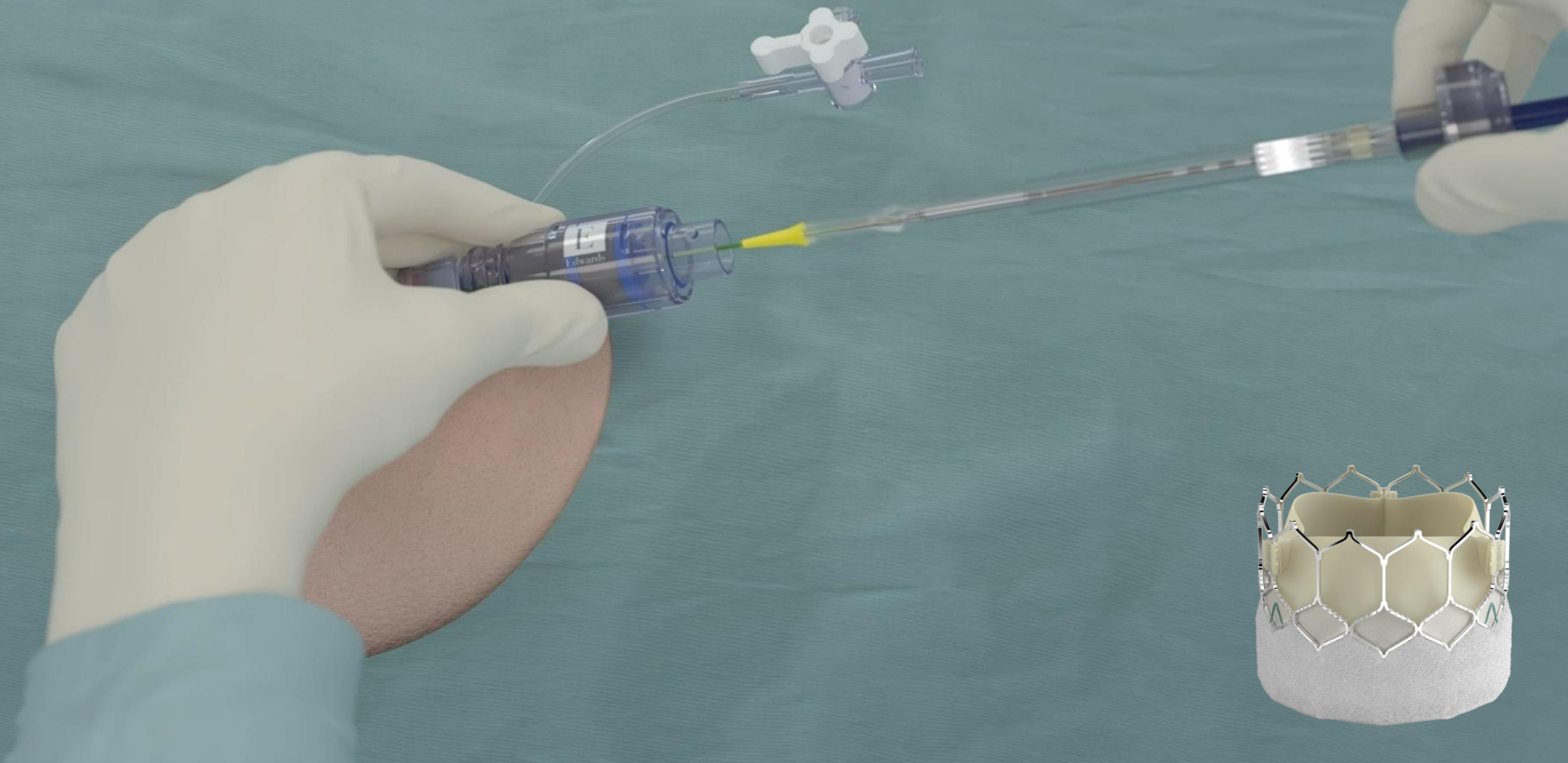
CT scan: Aortic, Iliac and Femoral Artery Anatomy



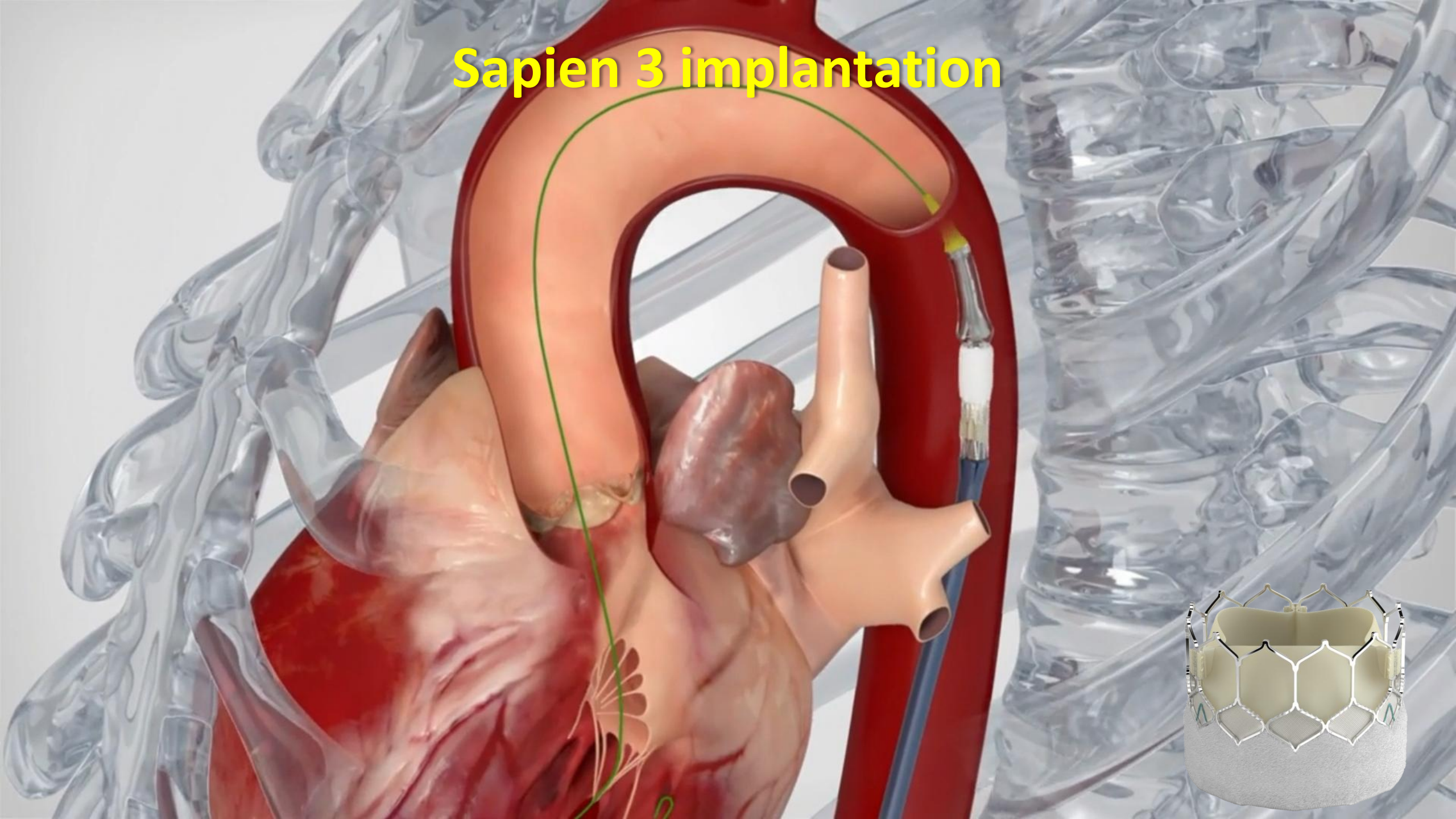
Sapien 3 implantation



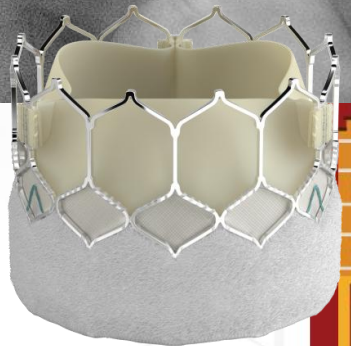
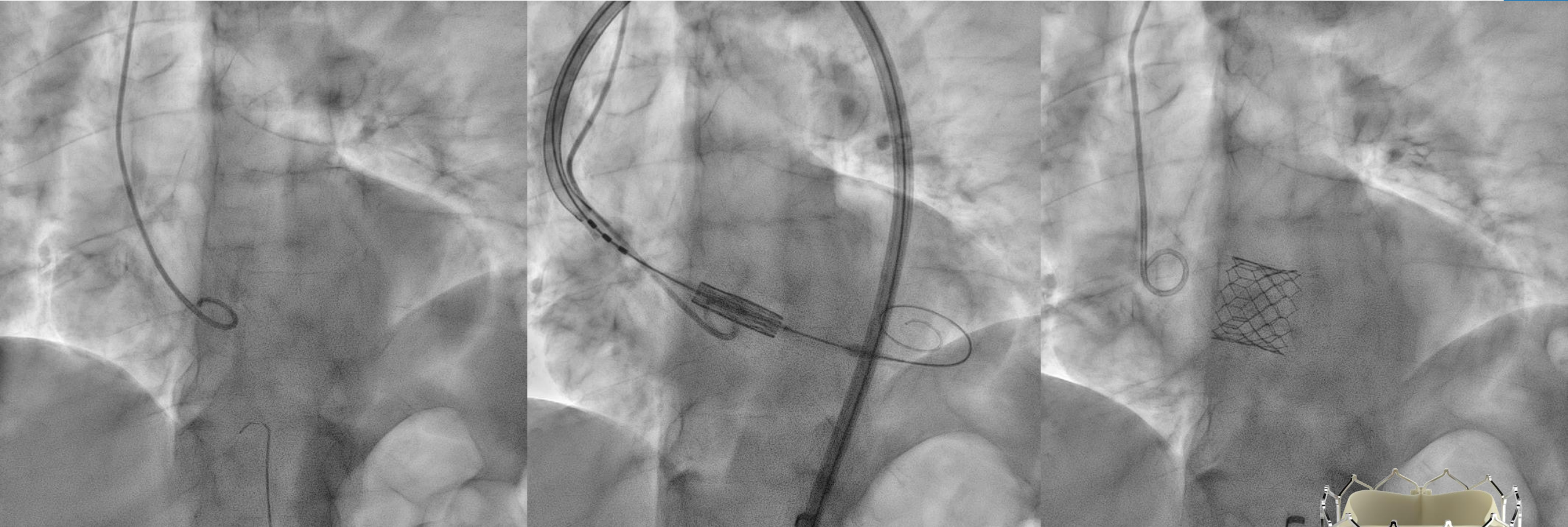
Sapien 3 implantation



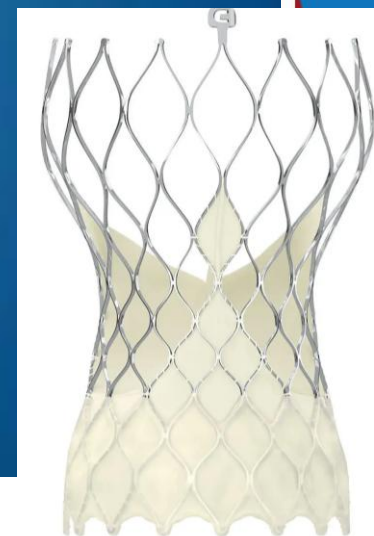
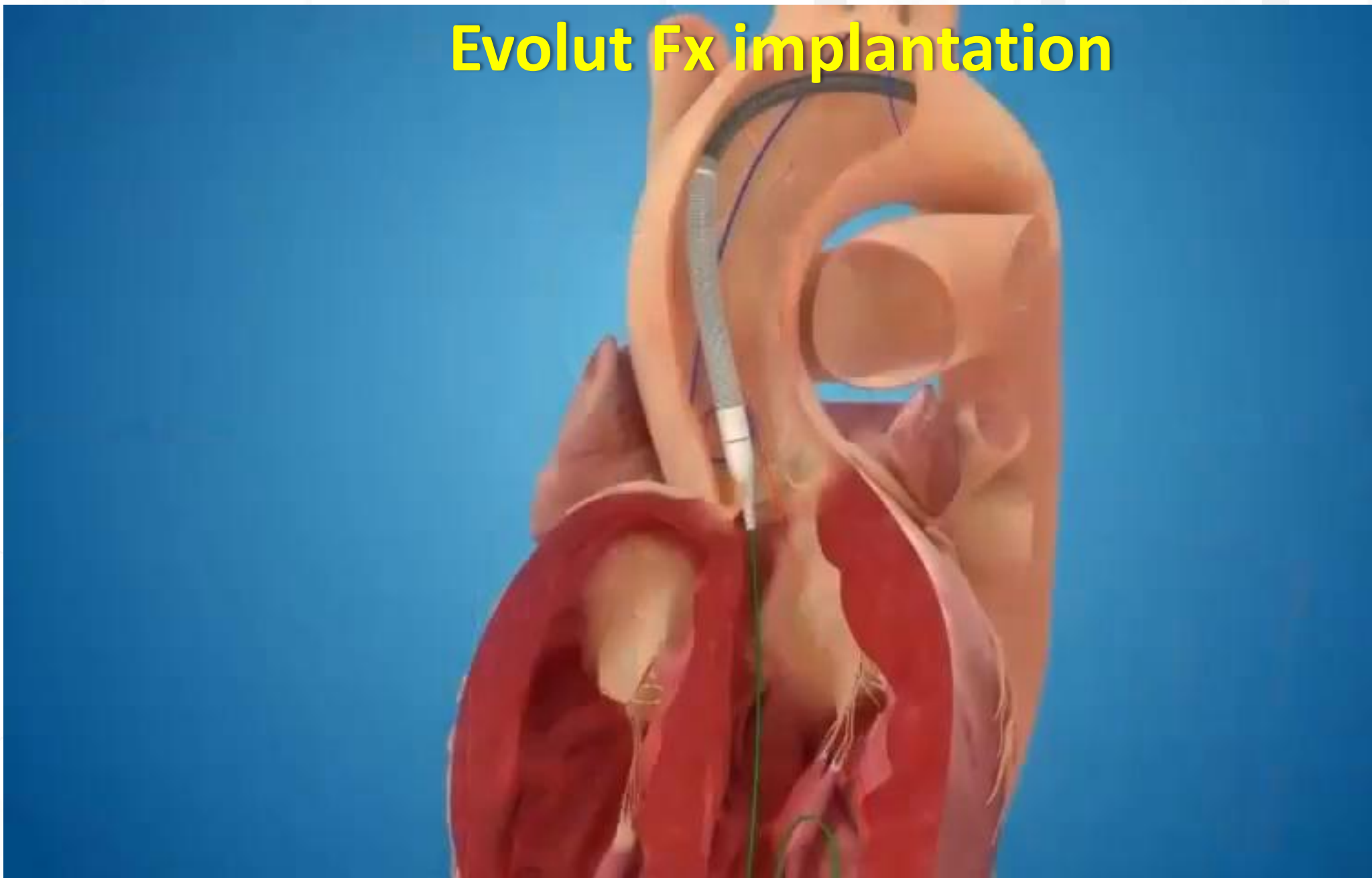
Sapien 3 implantation

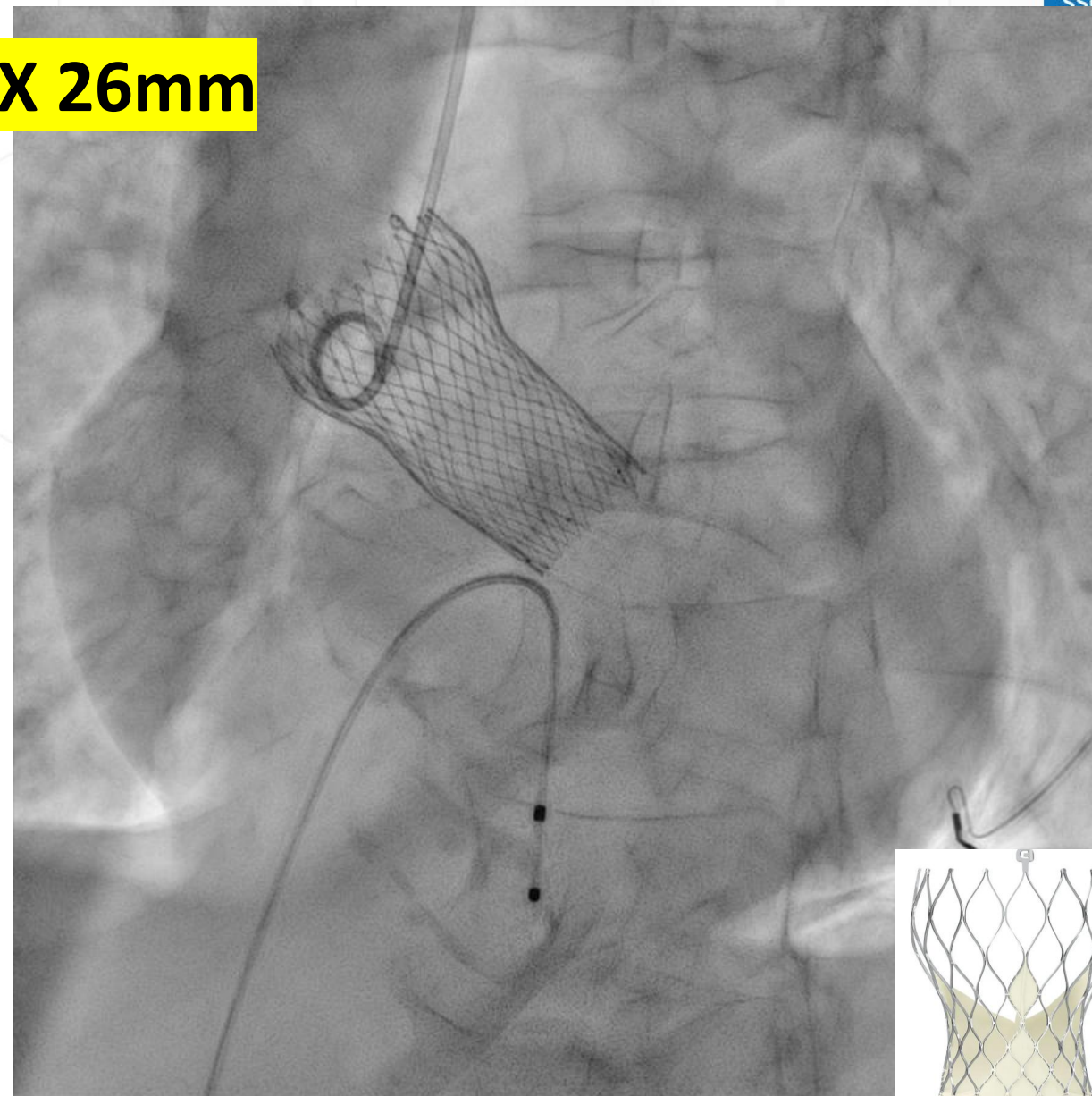
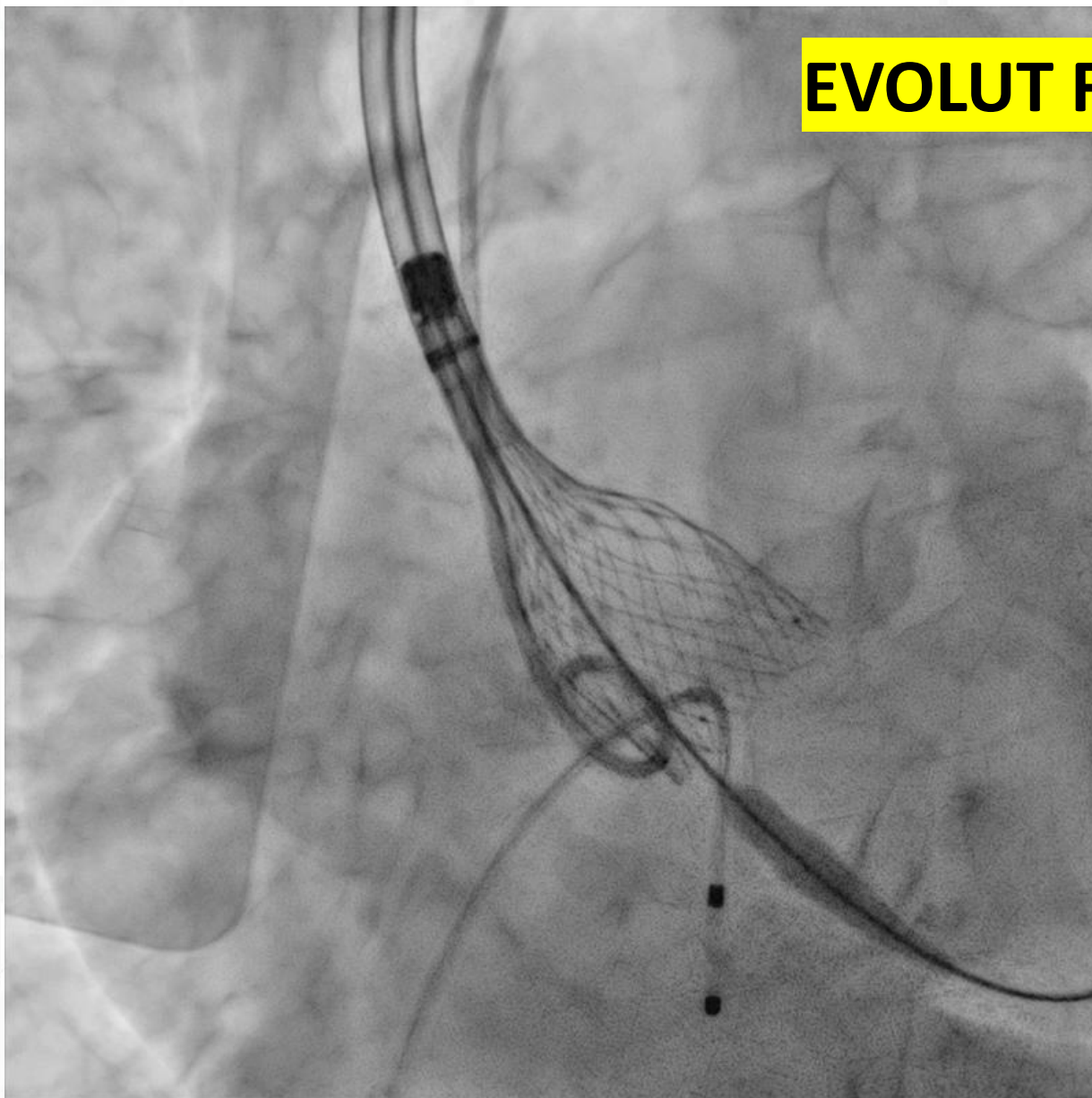


Sapien 3 Valve in Practice



Evolut Fx implantation



EVOLUT FX 26mm

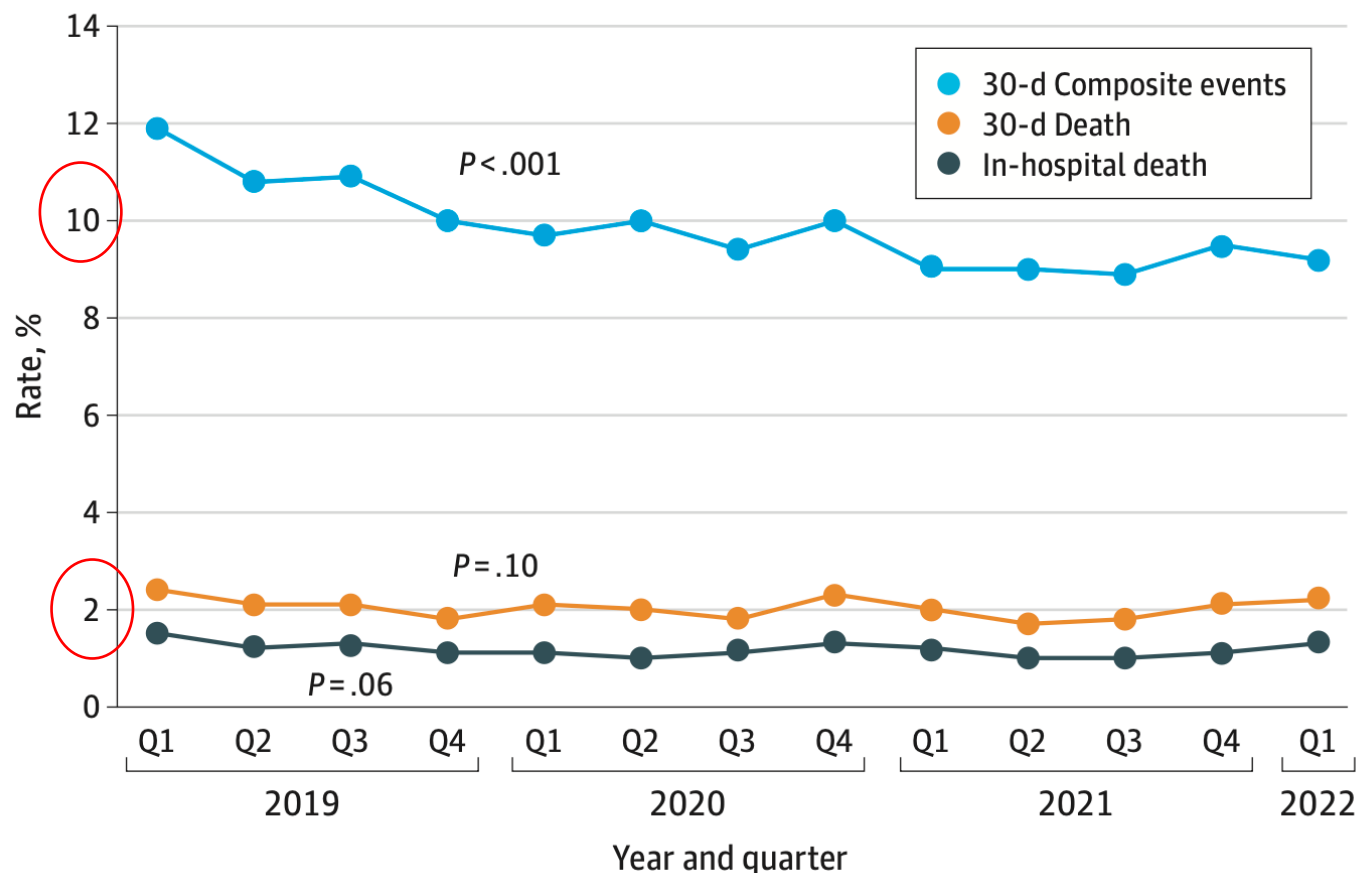
Résultats cliniques

JAMA Cardiology | Original Investigation

Trends in Transcatheter Aortic Valve Replacement Outcomes Insights From the STS/ACC TVT Registry

210 495 pts; median age 79 (73-85) yrs, 43% were female; STS 3.3%

A In-hospital mortality, 30-d mortality, and 30-d composite events



30-d Composite events

Death; stroke; stage 3 AKI; major, LT, or disabling bleeding; moderate or severe PVL

30-d Death In-hospital death

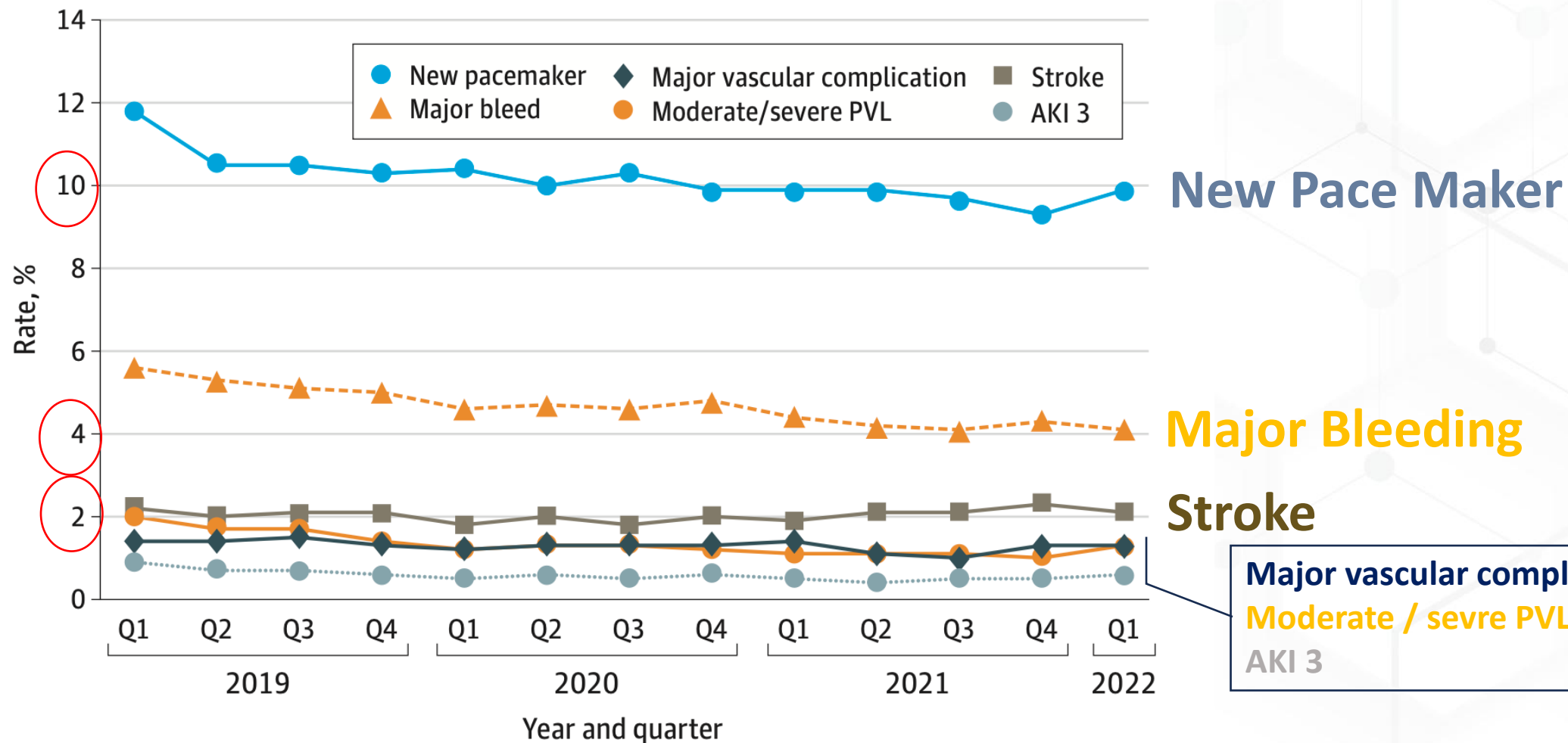
Résultats cliniques

JAMA Cardiology | Original Investigation

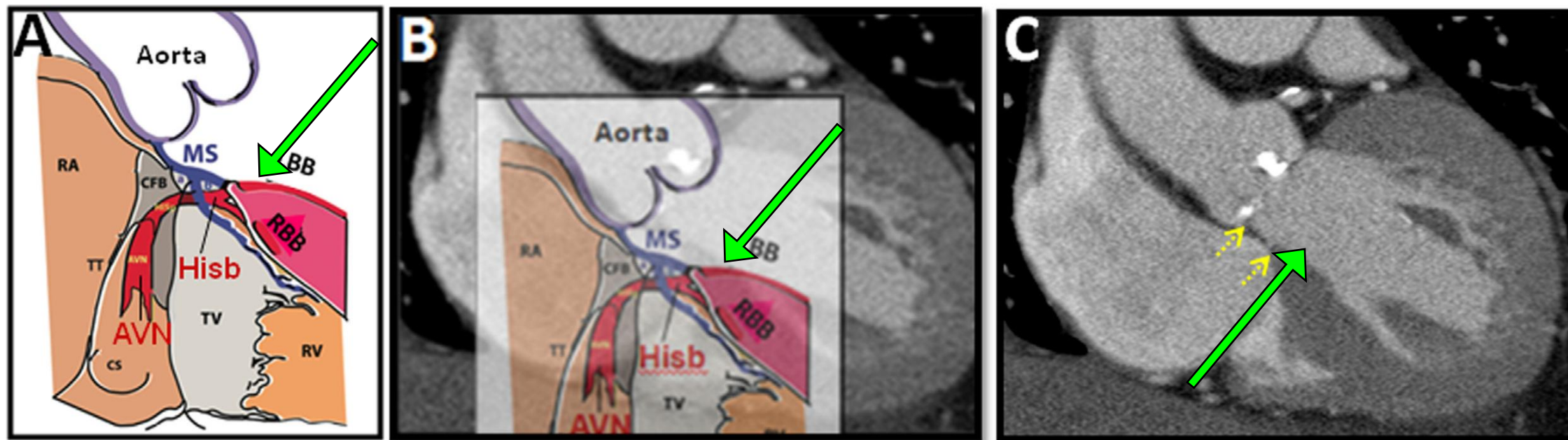
Trends in Transcatheter Aortic Valve Replacement Outcomes Insights From the STS/ACC TVT Registry

B 30-d Major complications

210 495 pts; median age 79 (73-85) yrs, 43% were female; STS 3.3%



CENTRAL ILLUSTRATION Schematic of the Conduction System's Topographic Anatomy and Its Corresponding CT Anatomic Landmarks

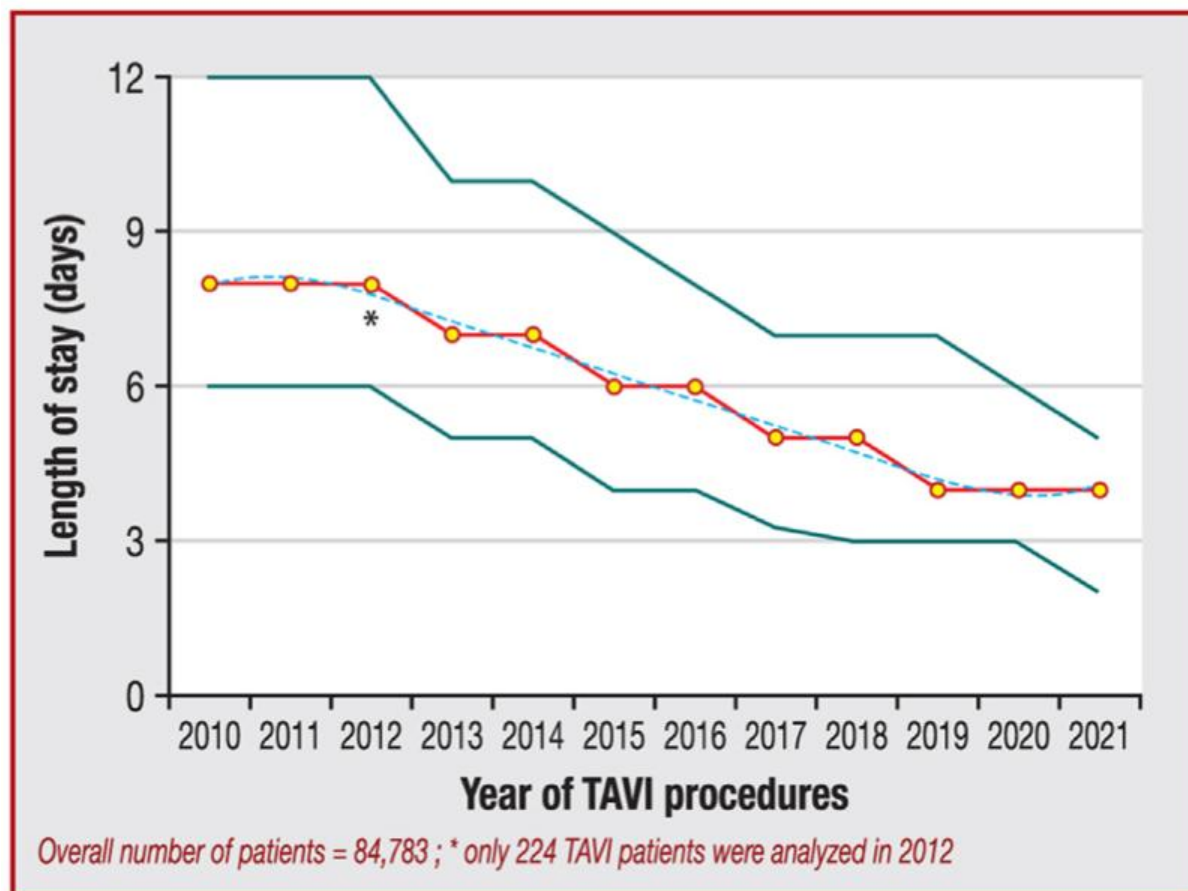


Hamdan, A. et al. J Am Coll Cardiol Interv. 2015; 8(9):1218-28.

(A) Illustration of the conduction system's topographic anatomy. Contrast-enhanced CT coronal view with **(B)** and without **(C)** superimposed illustration of the conduction system. Since the penetrating bundle of His emerges just below the membranous septum at the left ventricular surface, membranous septum (MS) length **(arrows)** serves as an anatomic surrogate of the distance between aortic annulus and the exit point of the bundle of His. AVN = atrioventricular node; CFB = central fibrous body; CS = coronary sinus; CT = computed tomography; His b = penetrating section of the His bundle; LBB = left bundle branch; MS = membranous septum; RA = right atrium; RBB = right bundle branch; RV = right ventricle; TT = tendon of Todazo; TV = tricuspid valve. Adapted from Yen Ho and Ernst (2), used with permission from Cardiotext Publishing.

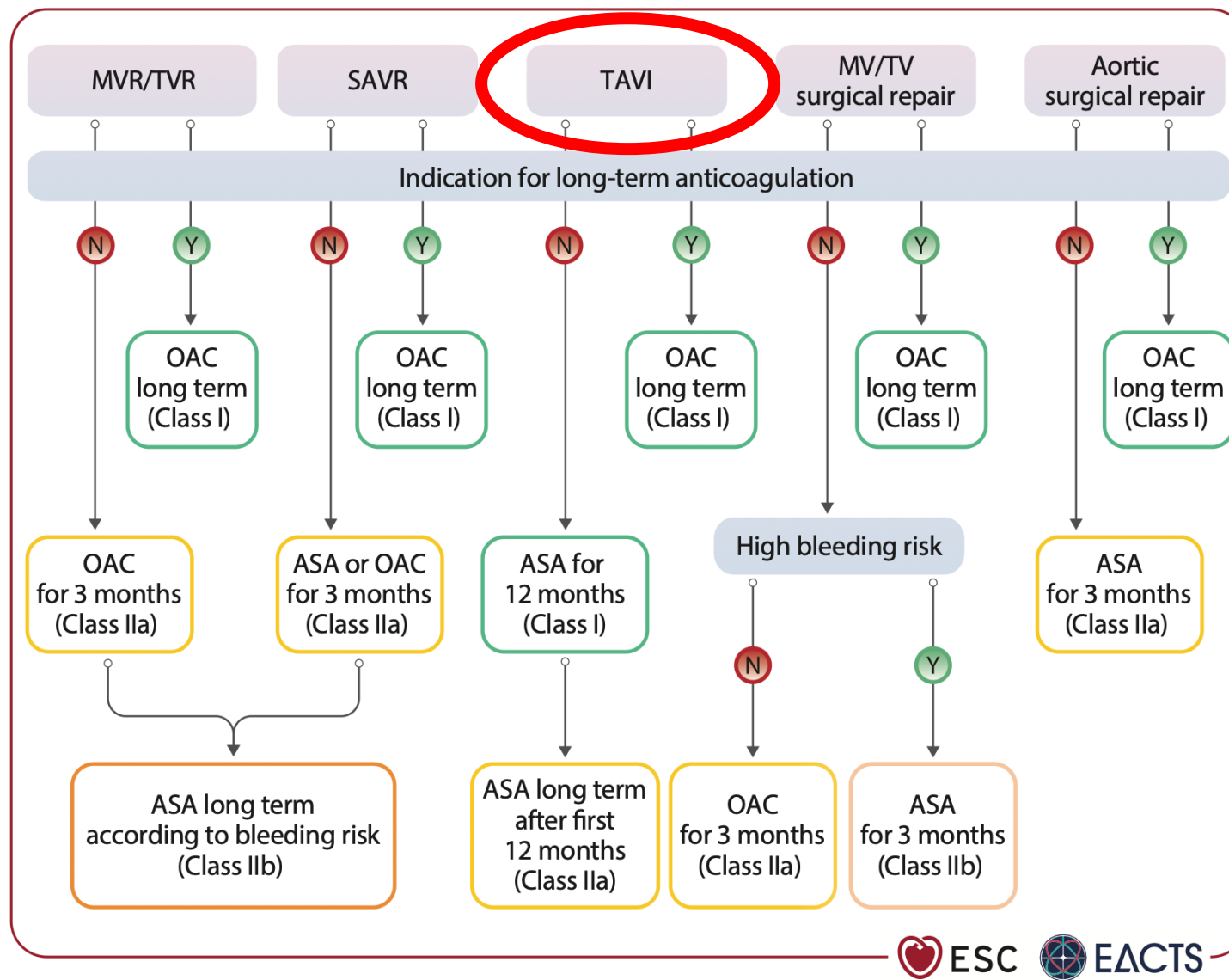
Résultats cliniques

Evolution of TAVI patients and techniques over the past decade: The French TAVI registries



Suivi post-TAVI

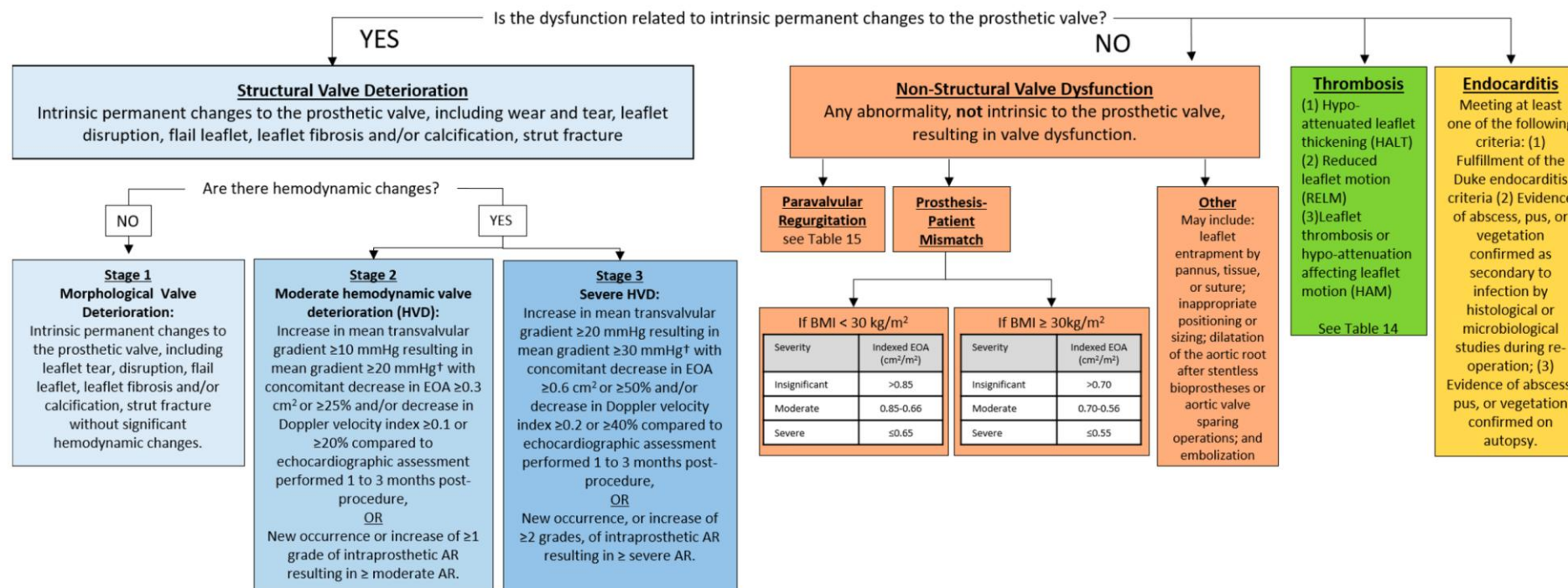
Antithrombotic therapy following biological heart valve implantation or surgical valve repair



Suivi post-TAVI

Suivi clinique et ETT dans les 3 mois post-implantation, à 1 an puis tous les ans

Bioprosthetic Valve Dysfunction (VARC-3)



†This criteria for hemodynamic dysfunction assumes normal flow.

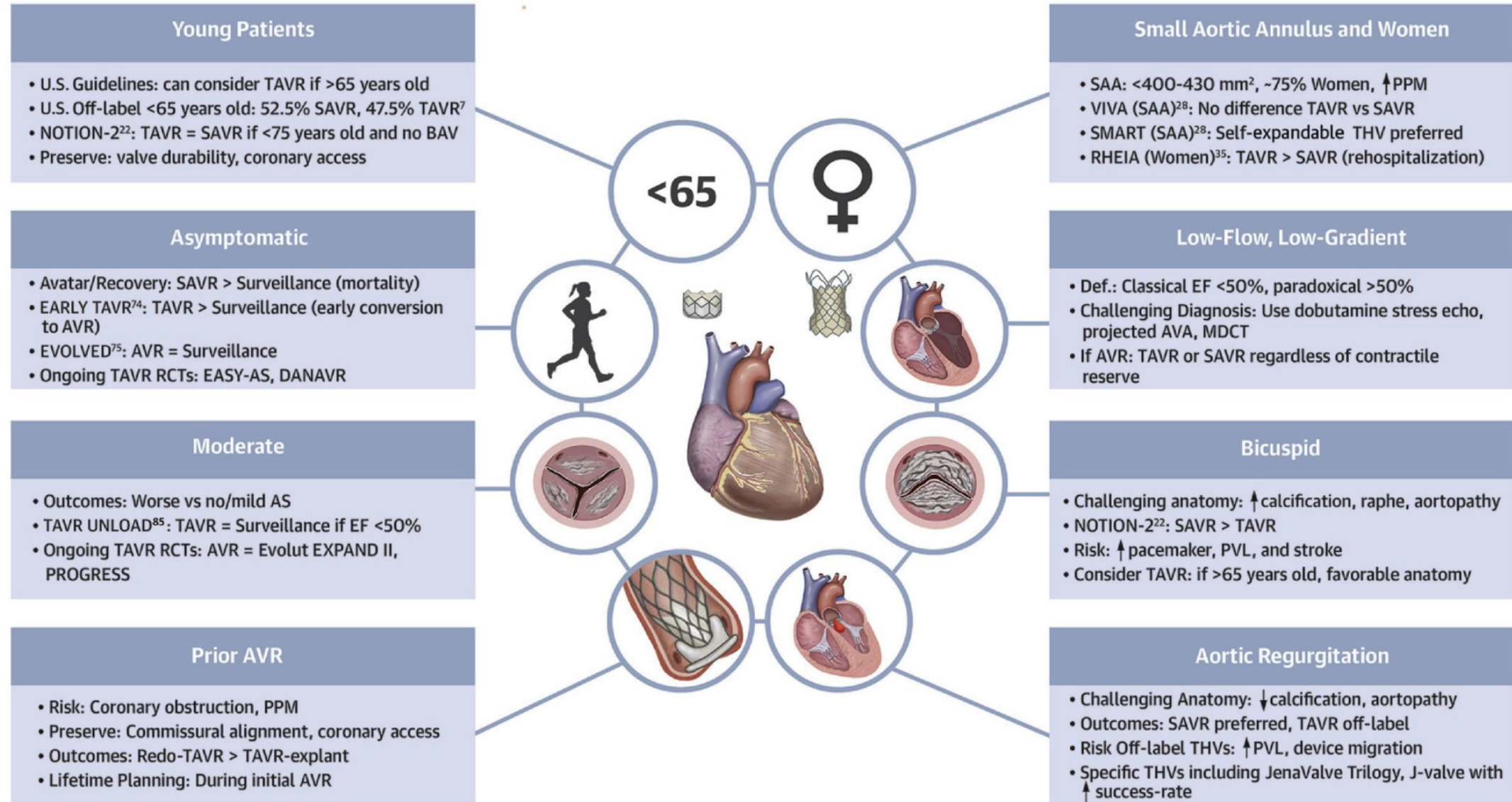
Bioprosthetic Valve Failure (BVF)

Stage 1: Clinically expressive criteria (new-onset or worsening symptoms, LV dilation/hypertrophy/dysfunction, or pulmonary hypertension), or Stage 3 HVD

Stage 2: Aortic valve reintervention

Stage 3: Valve-related death

Sujets de recherches / futures indications ?



Take Home Message

TAVI

Le rétrécissement aortique continue de croître avec le vieillissement démographique.

Le TAVI a démontré son efficacité par rapport à la chirurgie à la fois chez le patient à haut risque, à risque intermédiaire et à bas risque.

Il est dorénavant recommandé en première intention chez les patients de plus de 70 ans avec valve tricuspidale et anatomie favorable.

A la faveur des innovations techniques, la procédure est dorénavant plus simple et plus sûre.

Restent en suspens beaucoup de questions: les troubles conductifs, la durabilité, la gestion des dégénérescences ? Etc ?



Merci

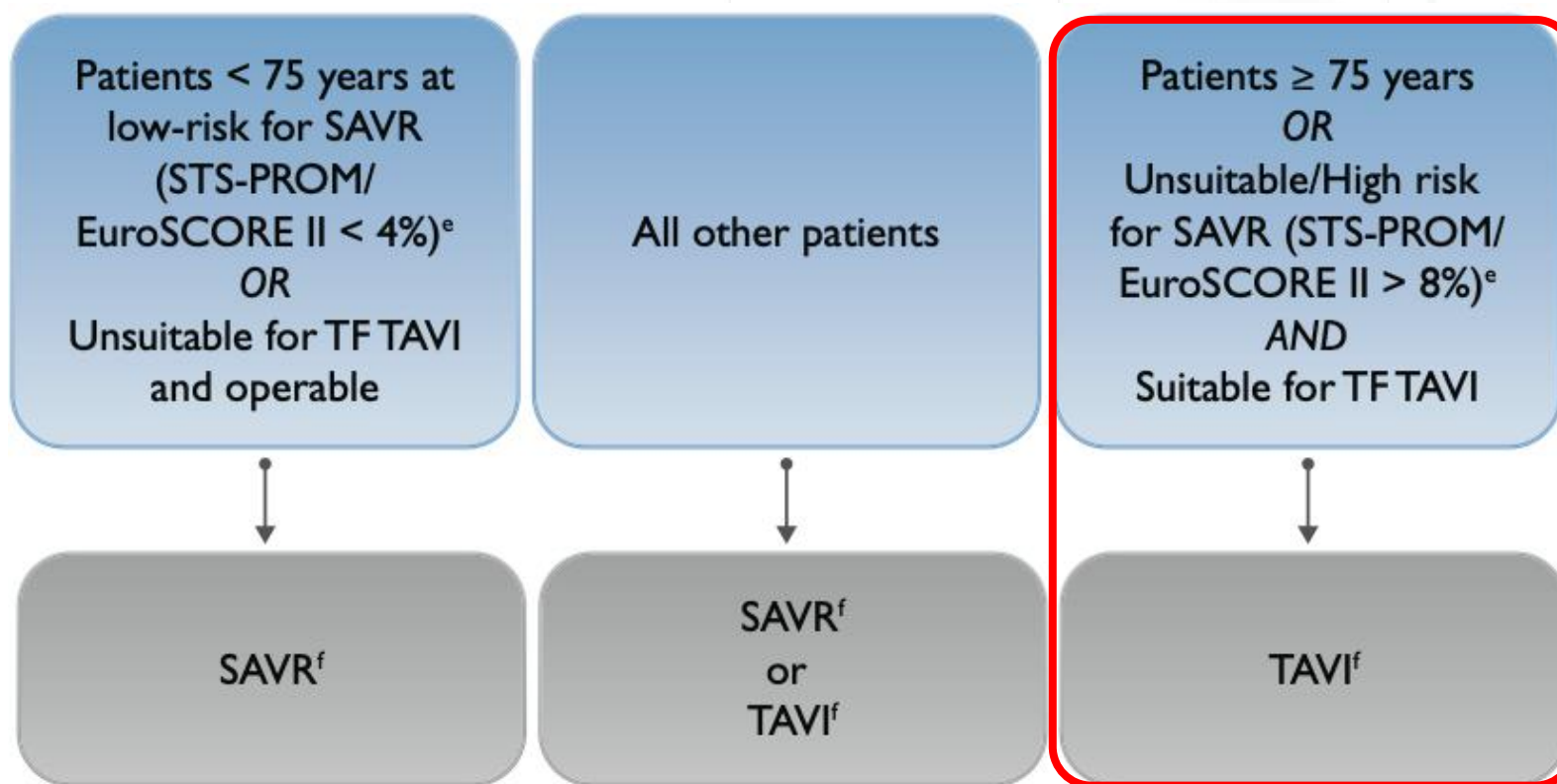
cedric.delhay@chu-lille.fr



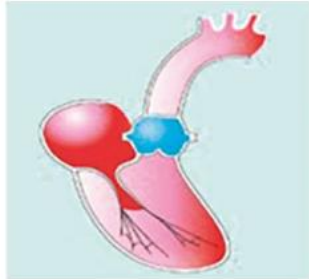
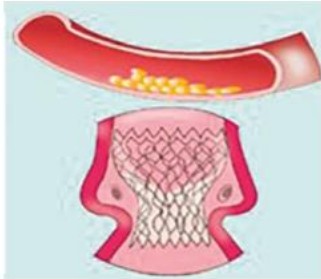
Background



2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

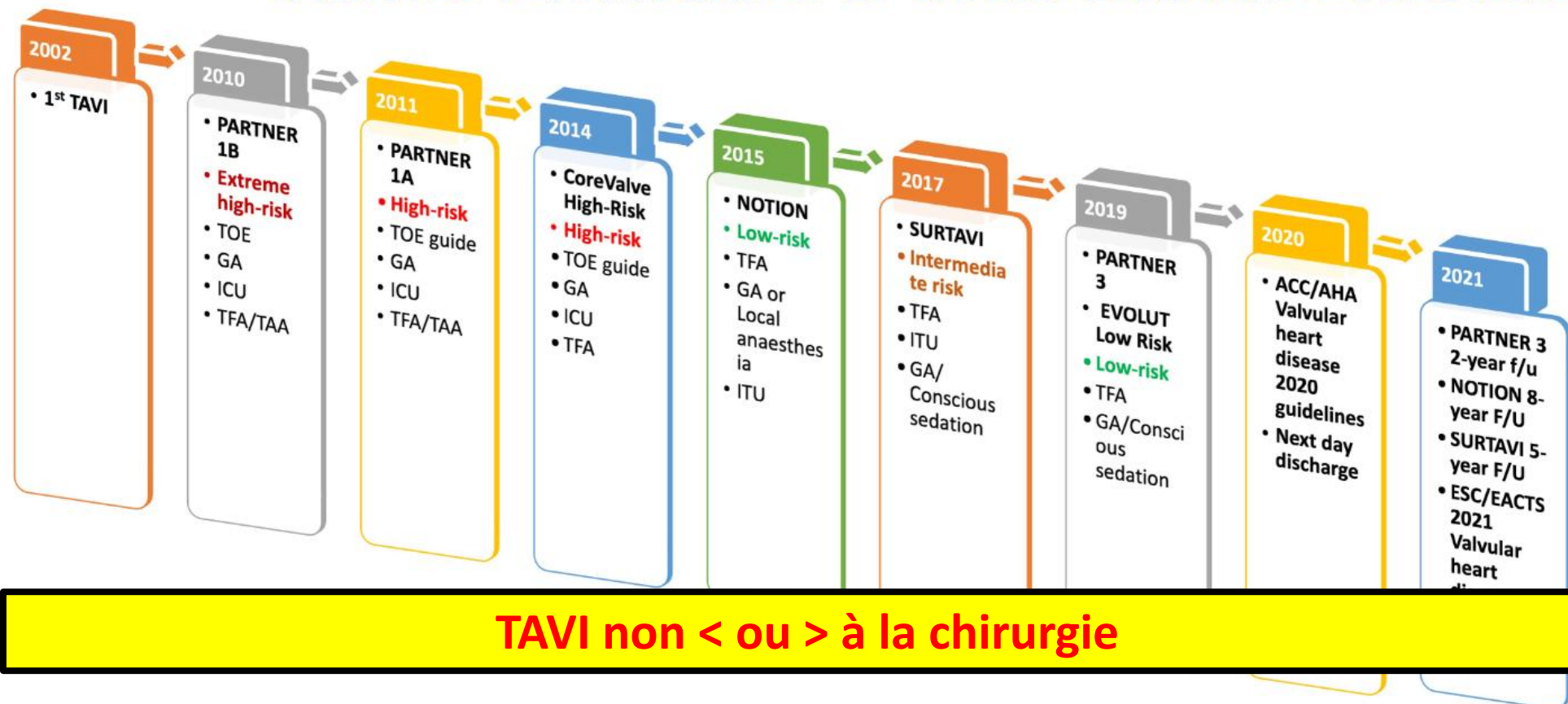


Transcatheter aortic valve implantation complications and management

Stroke	Conduction disturbance	Paravalvular regurgitation	Annular rupture	Coronary obstruction	Vascular complication
					
Cerebral embolic protection devices Continuation of anticoagulation periprocedurally ACT between 250 and 300 sec Conservative management vs thrombolytics vs mechanical thrombectomy	BEVs preferred High valve deployment Implantation of the valve at a depth < membranous septum length Rapid atrial pacing to assess need Wait for conduction recovery prior to PPM	Preprocedural CT Newer-generation valves with additional sealing skirt Ventricular pacing at higher rates Balloon dilatation Valve-in-valve TAVI Percutaneous paravalvular leak plugs	SEVs preferred Underfilling with BEVs and slow deployment with pressure monitoring Higher valve implantation in cases of severe LVOT calcification Pericardiocentesis or emergent surgery	Use of fully or partially recapturable transcatheter valves Prophylactic coronary protection BASILICA Immediate cannulation of affected coronary artery Emergency surgery if needed	Preprocedural CT US guidance and fluoroscopy Peripheral intravascular lithotripsy to facilitate transfemoral access Vascular closure devices Balloon angioplasty Surgical repair

Du patient inopérable au patient à faible risque

TAVI: A 20-YEAR JOURNEY OF TRANSFORMATIVE EVOLUTION



TAVI non < ou > à la chirurgie

Inoperable and extreme high-risk patients

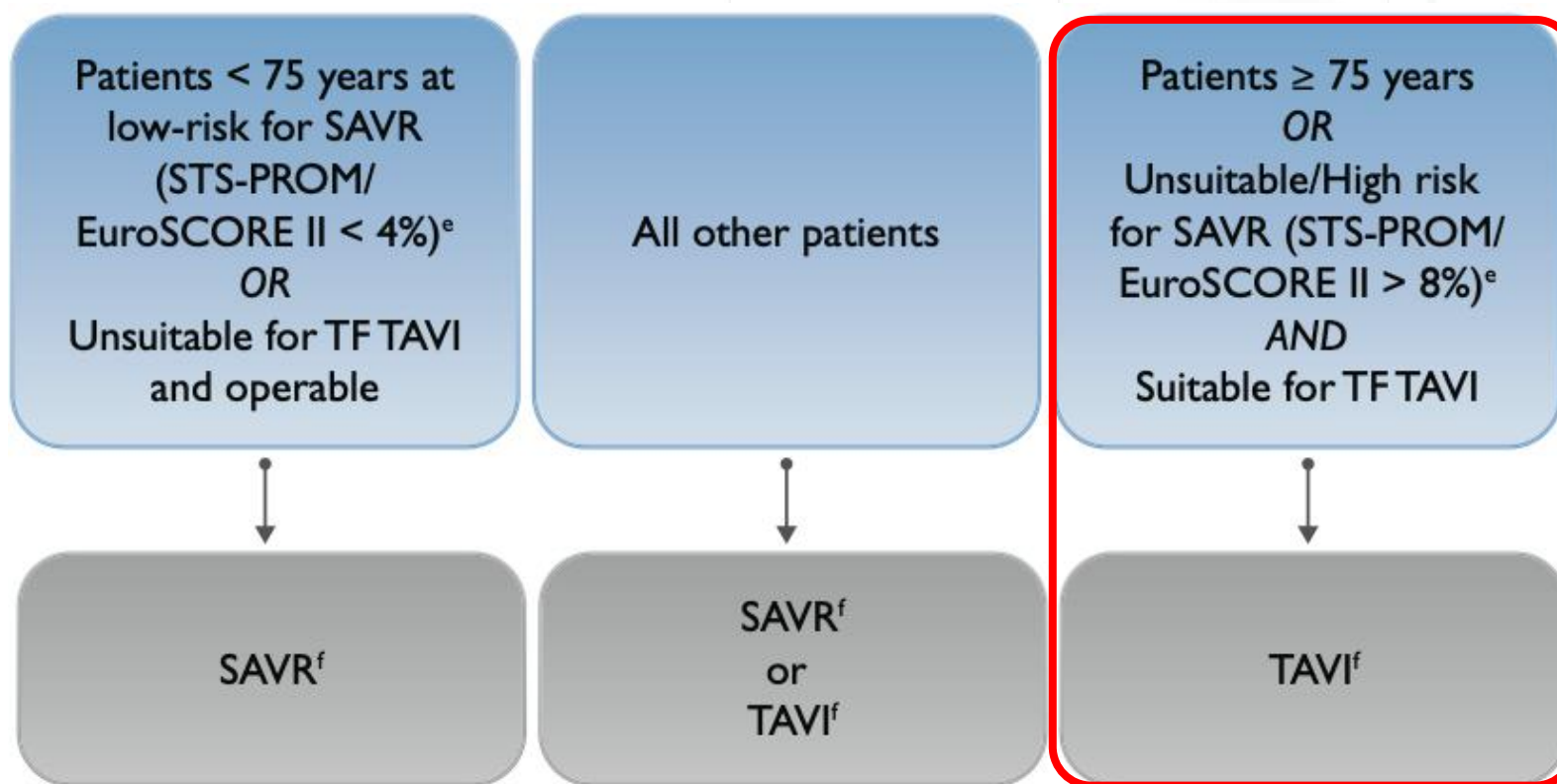
1st line treatment in low-risk, > 75 year-old patients

RCT TAVI Trials

	STS Score	Age
<u><i>Inoperable Population</i></u>		
PARTNER IB Trial (2010)	11.6	83
<u><i>High Risk Population (>8)</i></u>		
PARTNER IA Trial (2011)	11.8	84
CoreValve US Pivotal Trial (2014)	7.4	83
<u><i>Intermediate Risk Population (4-8)</i></u>		
PARTNER II Trial (2016)	5.8	82
SURTAVI (2017)	4.5	80
<u><i>Low Risk Population (<4)</i></u>		
NOTION Trial (2015)	3.0	79
PARTNER III (2019)	1.9	73
Evolut Low Risk Trial (2019)	1.9	74
DEDICATE trial (2024)	1.8	74

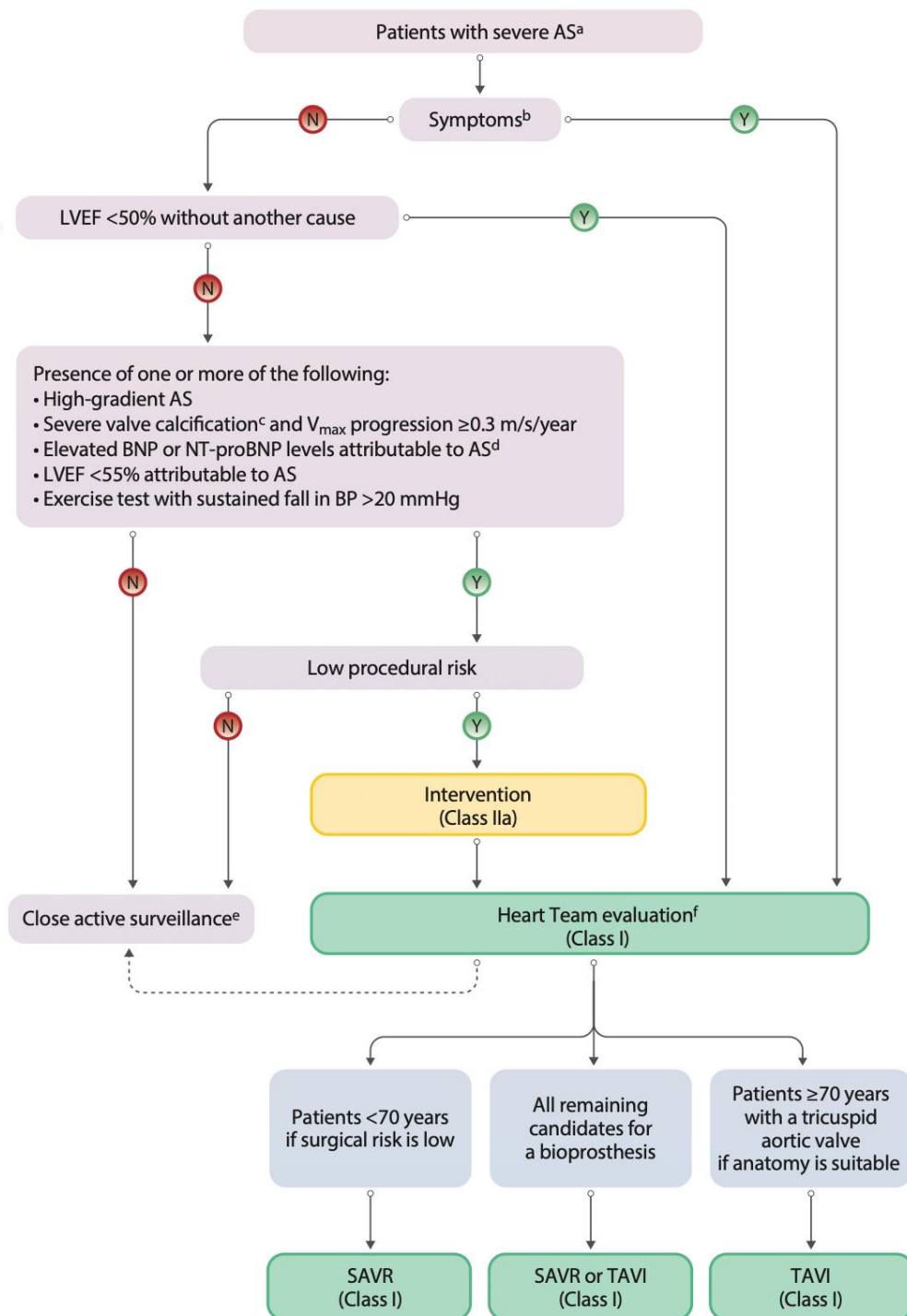
Recommendations

2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

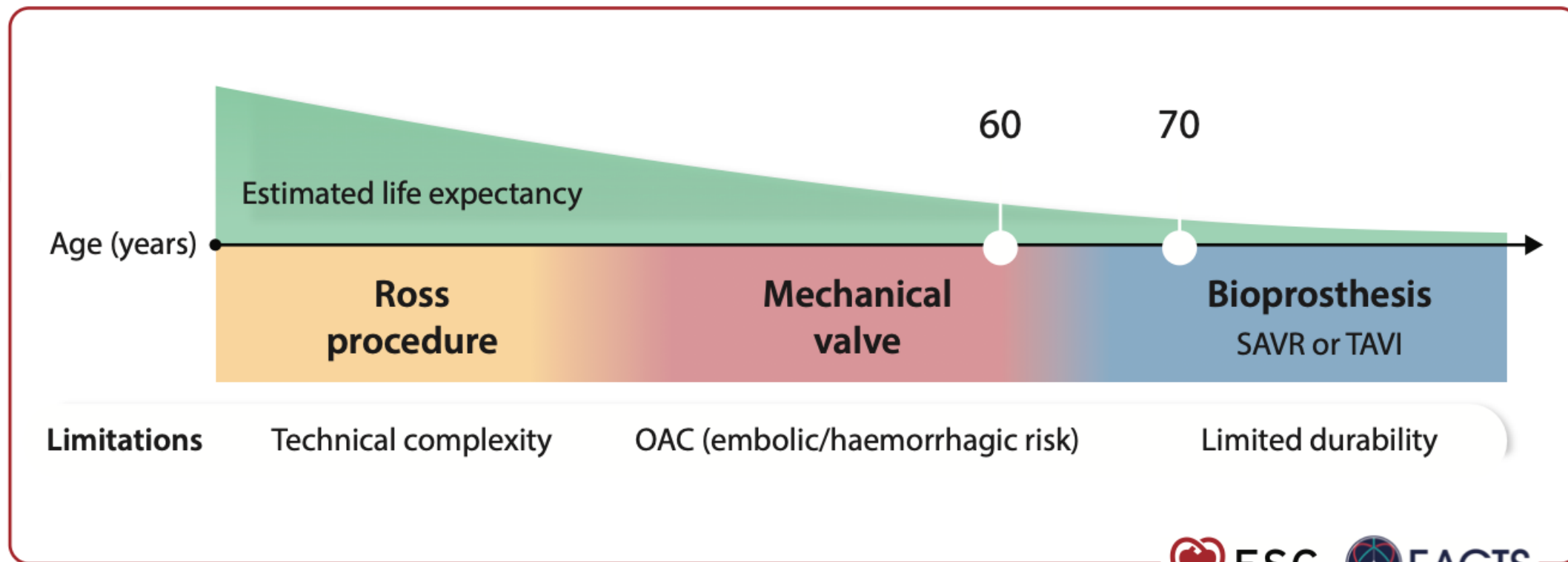


Recommendations	Class	Level
Symptomatic aortic stenosis		
Intervention is recommended in symptomatic patients with severe, high-gradient AS [mean gradient ≥ 40 mmHg, $V_{\max} \geq 4.0$ m/s, $AVA \leq 1.0$ cm ² (or ≤ 0.6 cm ² /m ² BSA)].	I	B
Intervention is recommended in symptomatic patients with low-flow ($SVi \leq 35$ mL/m ²), low-gradient (< 40 mmHg) AS with reduced LVEF ($< 50\%$) after careful confirmation that AS is severe.	I	B
Intervention should be considered in symptomatic patients with low-flow ($SVi \leq 35$ mL/m ²), low-gradient (< 40 mmHg) AS with normal LVEF ($\geq 50\%$) after careful confirmation that AS is severe.	IIa	B

Recommendations	Class	Level
Asymptomatic patients with severe aortic stenosis		
Intervention is recommended in asymptomatic patients with severe AS and LVEF $< 50\%$ without another cause.	I	B
Intervention should be considered in asymptomatic patients (confirmed by a normal exercise test, if feasible) with severe, high-gradient AS and LVEF $\geq 50\%$ as an alternative to close active surveillance, if the procedural risk is low.	IIa	A
Intervention should be considered in asymptomatic patients with severe AS and LVEF $\geq 50\%$ if the procedural risk is low and one of the following parameters is present: •Very severe AS (mean gradient ≥ 60 mmHg or $V_{\max} > 5.0$ m/s) •Severe valve calcification (ideally assessed by CCT) and $V_{\max}$ progression ≥ 0.3 m/s/year. •Markedly elevated BNP/NT-proBNP levels (more than three times age- and sex-corrected normal range, confirmed on repeated measurement without other explanation). •LVEF $< 55\%$ without another cause.	IIa	B
Intervention should be considered in asymptomatic patients with severe AS and a sustained fall in BP (> 20 mmHg) during exercise testing.	IIa	C



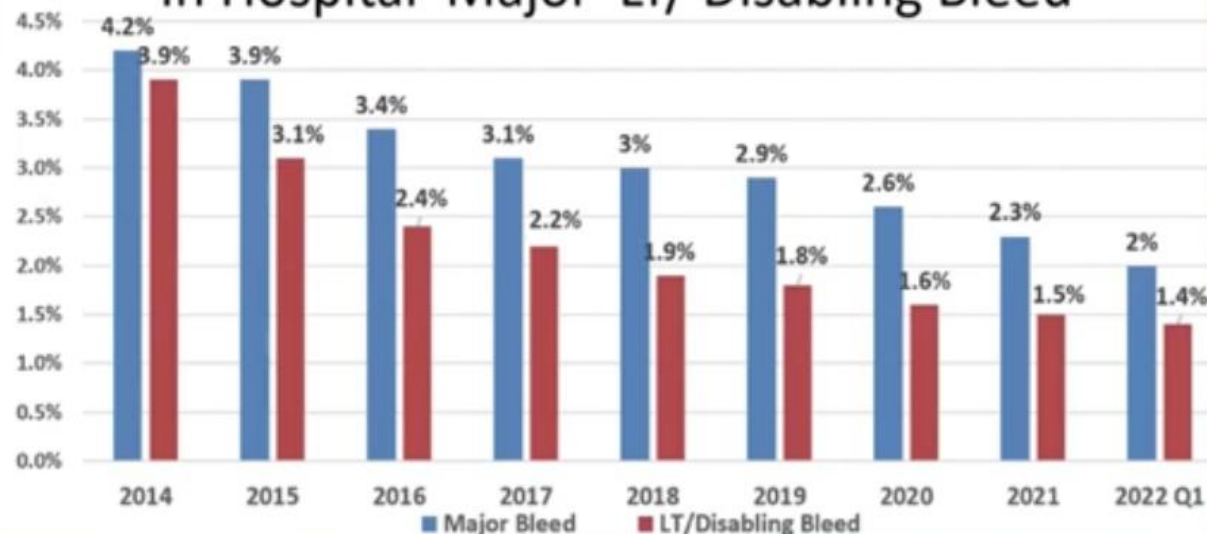
Options de TT du RAC



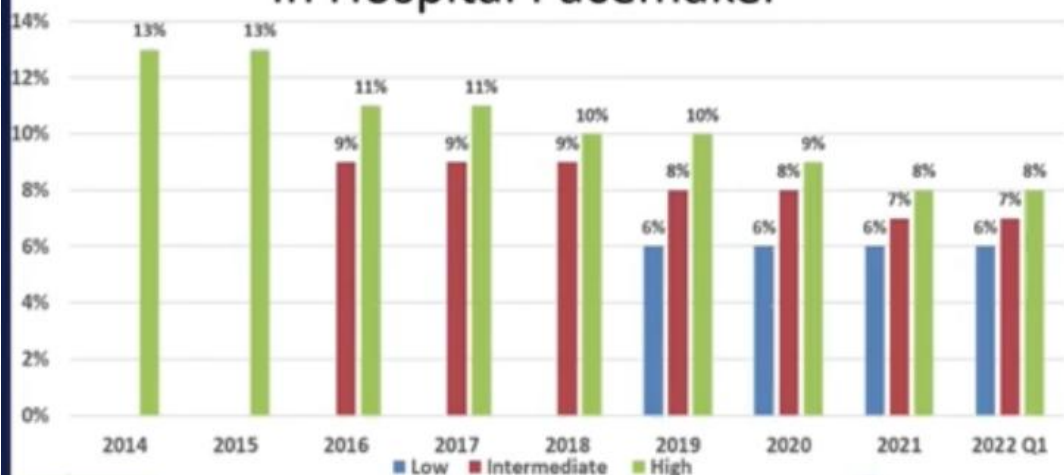
TAVR Mortality



In Hospital Major LT/ Disabling Bleed



In Hospital Pacemaker



TAVR Stroke

In-Hospital, 30 Day, and One Year Stroke



STS National Database™
Trusted. Transformed. Real-Time.



AMERICAN
COLLEGE of
CARDIOLOGY



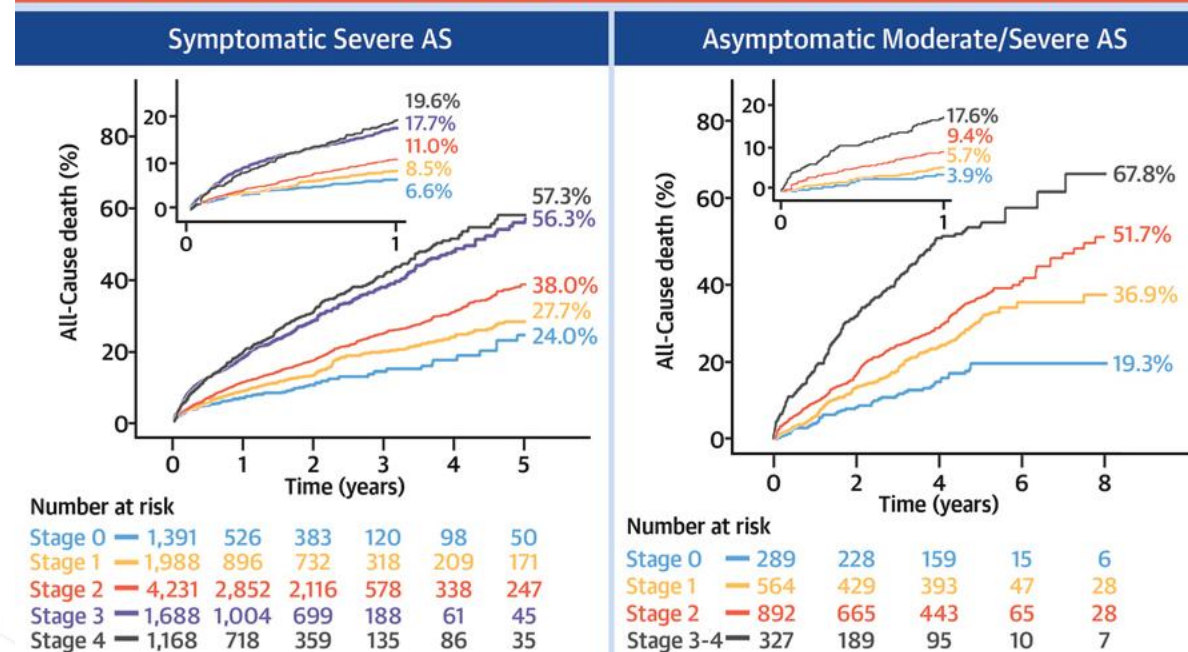
NCDR®
NATIONAL CARDIOVASCULAR DATA REGISTRY

06:06

Cardiac Damage Staging Classification

Stage 0 No Cardiac Damage	Stage 1 LV Cardiac Damage	Stage 2 LA or Mitral Cardiac Damage	Stage 3 Pulmonary or Tricuspid Cardiac Damage	Stage 4 RV Cardiac Damage
				
• No extra-valvular cardiac damage	• Increased LV mass index: $>115 \text{ g/m}^2$ (♀), $>95 \text{ g/m}^2$ (♂) • $E/e' >14$ • LVEF $<50\%$	• Indexed LA volume $>35 \text{ ml/m}^2$ • Moderate-severe MR • Atrial fibrillation	• Systolic pulmonary hypertension $>60 \text{ mmHg}$ • Moderate-severe TR	• Moderate-severe RV dysfunction

Association Between Cardiac Damage Staging Classification in Patients With AS and All-Cause Mortality Following Aortic Surgical or Transcatheter Aortic Valve Replacement



2021 ESC/EACTS Guidelines: Treatment of severe AS

Several additional factors influence the choice of treatment modality

	Favours TAVI	Favours SAVR
Clinical characteristics		
Lower surgical risk	–	+
Higher surgical risk	+	–
Younger age ^a	–	+
Older age ^a	+	–
Previous cardiac surgery (particularly intact coronary artery bypass grafts at risk of injury during repeat sternotomy)	+	–
Severe frailty ^b	+	–
Active or suspected endocarditis	–	+

	Favours TAVI	Favours SAVR
Anatomical and procedural factors		
TAVI feasible via transfemoral approach	+	–
Transfemoral access challenging or impossible and SAVR feasible	–	+
Transfemoral access challenging or impossible and SAVR inadvisable	+ ^c	–
Sequelae of chest radiation	+	–
Porcelain aorta	+	–
High likelihood of severe patient–prosthesis mismatch (AVA <0.65 cm ² /m ² BSA)	+	–
Severe chest deformation or scoliosis	+	–
Aortic annular dimensions unsuitable for available TAVI devices	–	+
Bicuspid aortic valve	–	+
Valve morphology unfavourable for TAVI (e.g. high risk of coronary obstruction due to low coronary ostia or heavy leaflet/LVOT calcification)	–	+
Thrombus in aorta or LV	–	+

	Favours TAVI	Favours SAVR
Concomitant cardiac conditions requiring intervention		
Significant multi-vessel CAD requiring surgical revascularization ^d	–	+
Severe primary mitral valve disease	–	+
Severe tricuspid valve disease	–	+
Significant dilatation/aneurysm of the aortic root and/or ascending aorta	–	+
Septal hypertrophy requiring myectomy	–	+

Les composants du kit Edwards SAPIEN 3 Ultra



Système de mise en place Edwards Commander ou Certitude



Dispositif de gonflage



Valve SAPIEN 3 Ultra

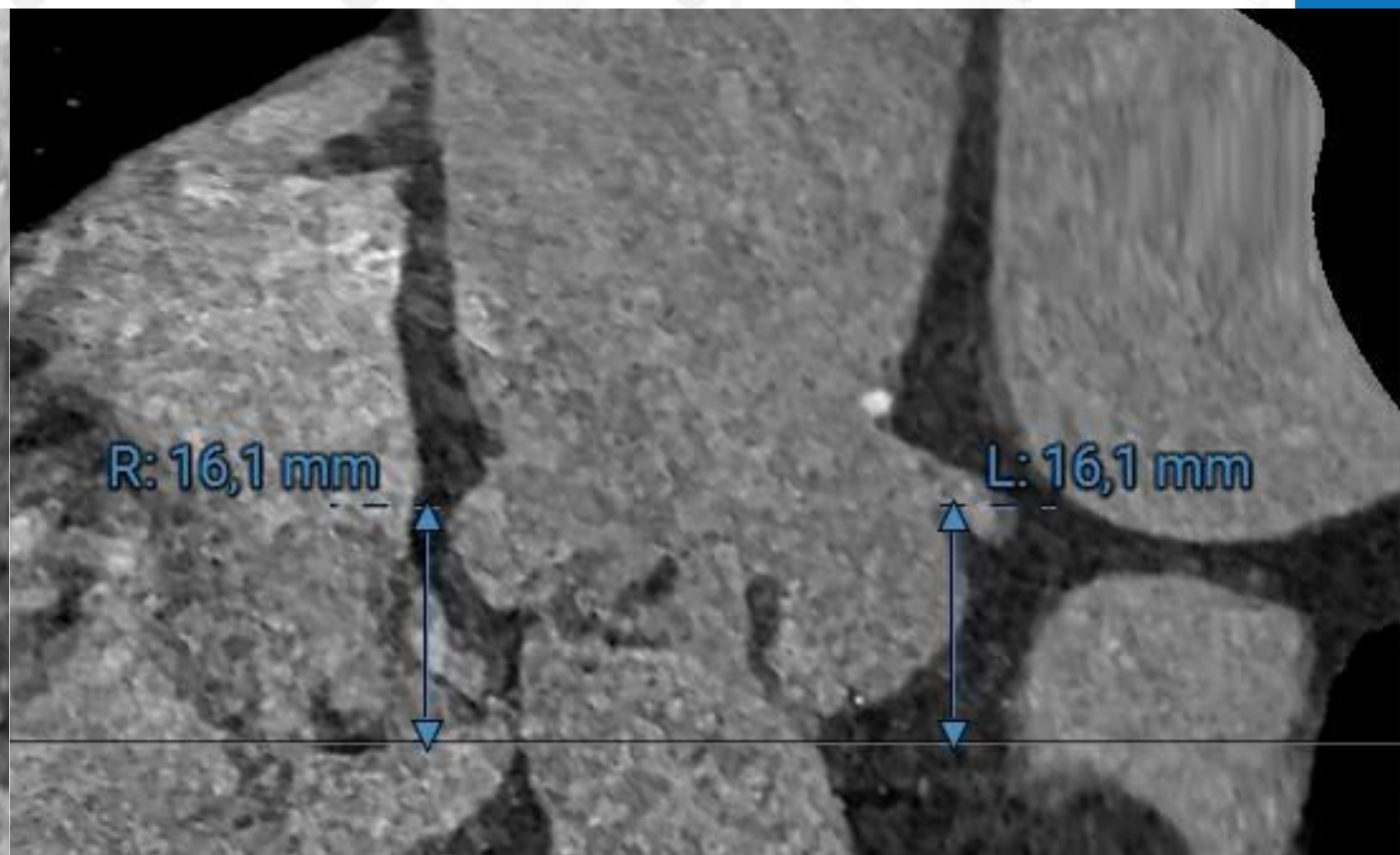
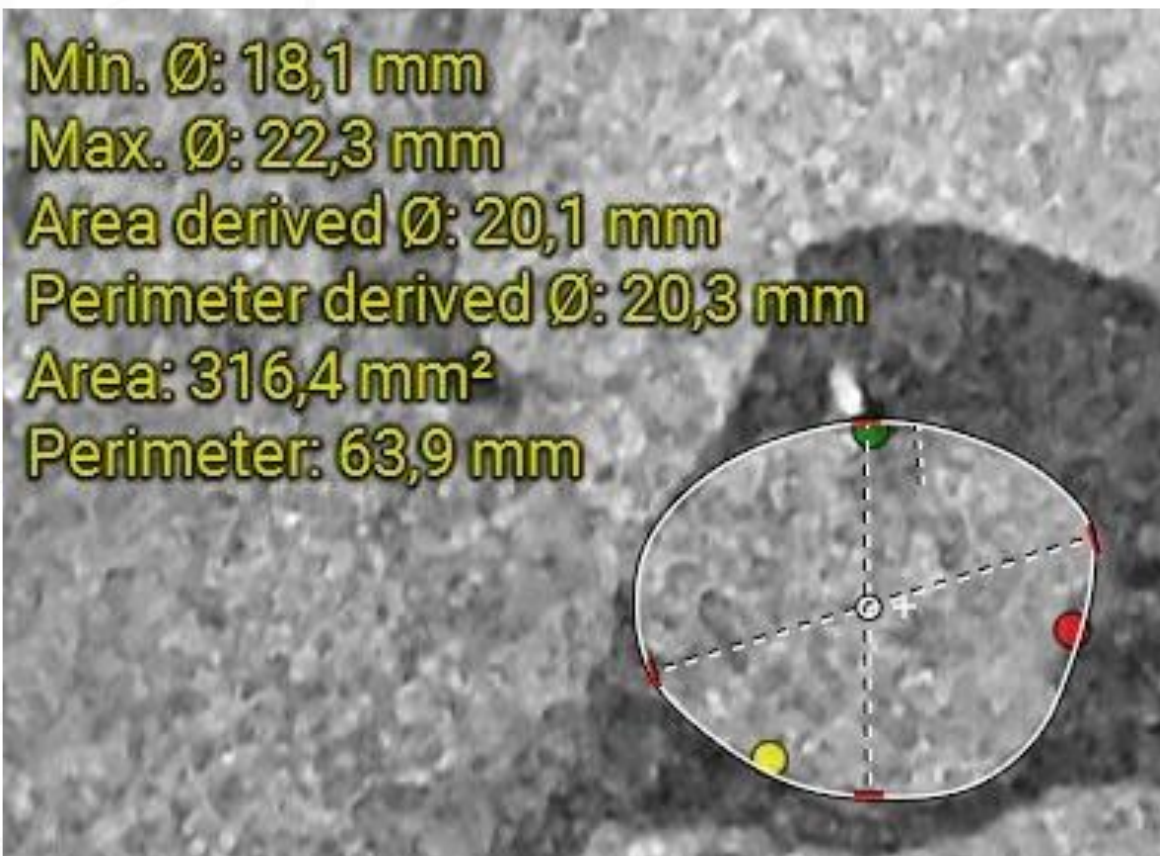


Accessoire de sertissage Qualcrimp et butée de sertissage

CT scan: valve aortique

Valve tricuspide

Sinus larges

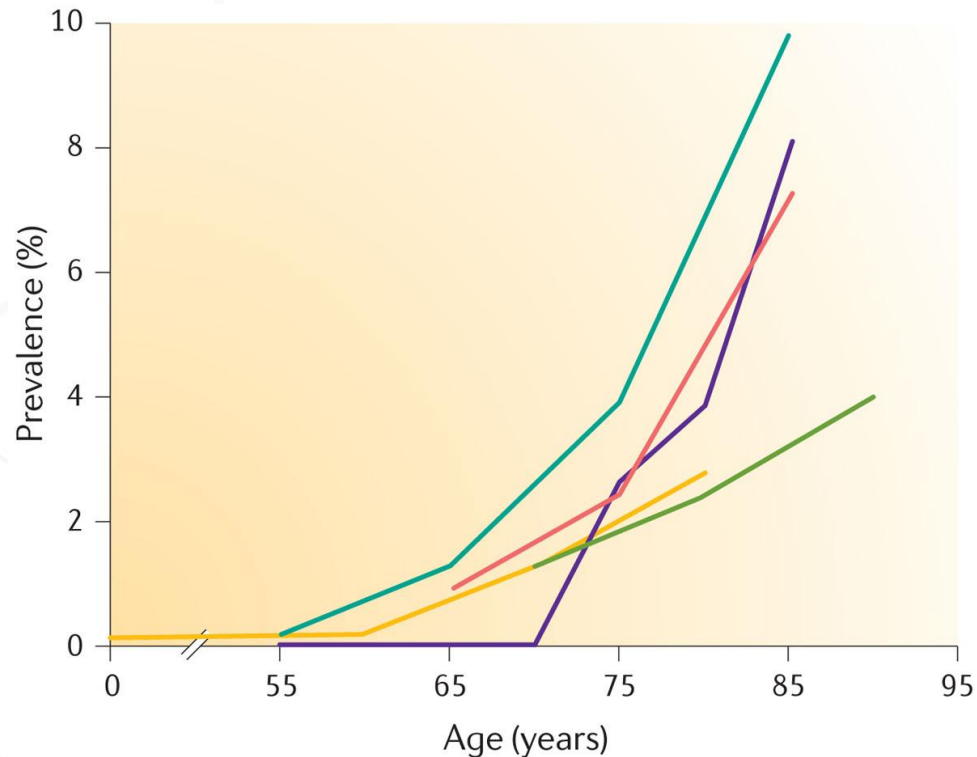


Quelle prothèse ?



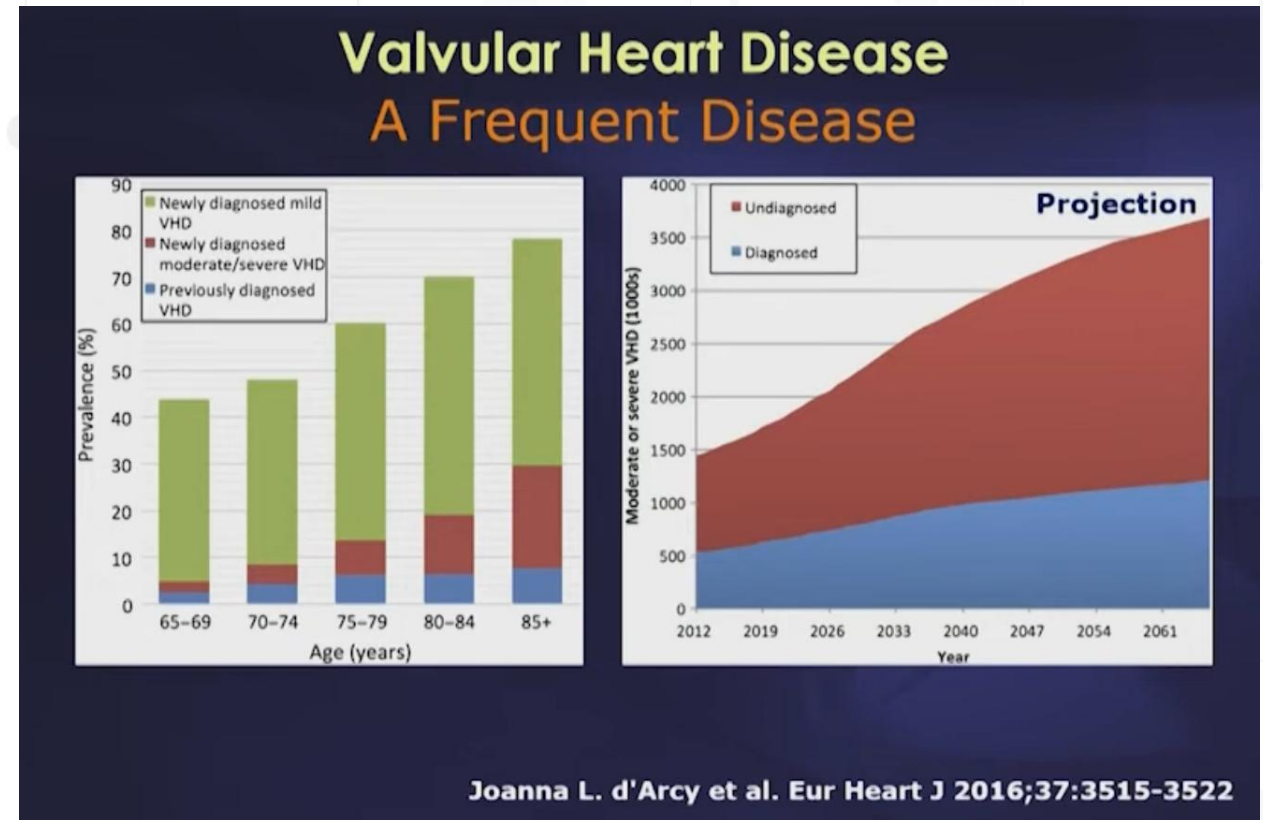
La sténose aortique: prévalence (USA/Europe)

Prevalence of Aortic Stenosis (as a function of age)



— Lindroos et al. — Stewart et al. — Nkomo et al.
— Eveborn et al. — Danielsen et al.

Sténose aortique serrée au-delà de 75 ans: 3.4% (75% symptomatiques)



Prévalence des valvulopathies

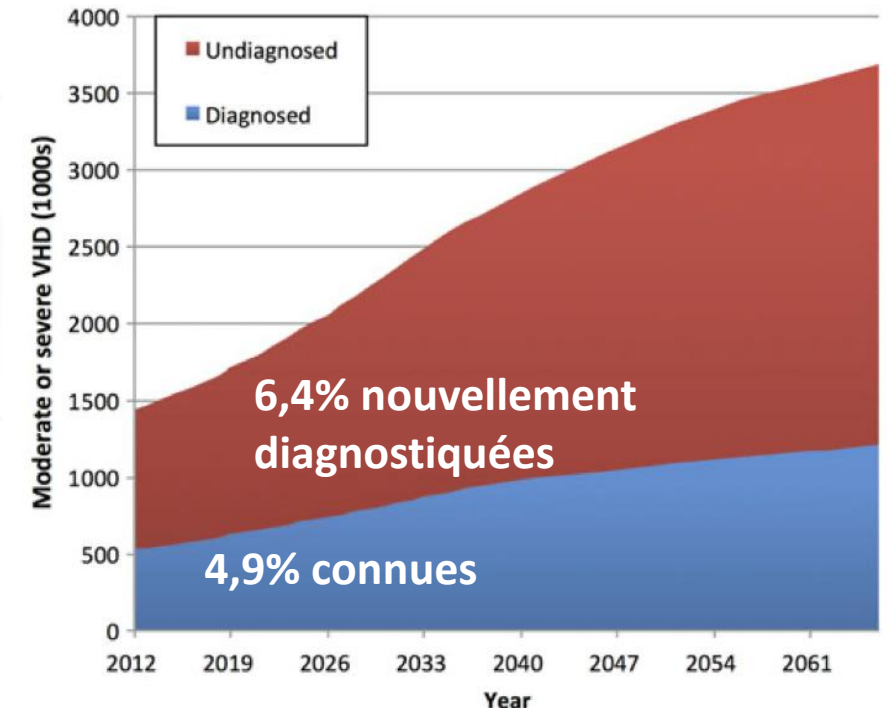
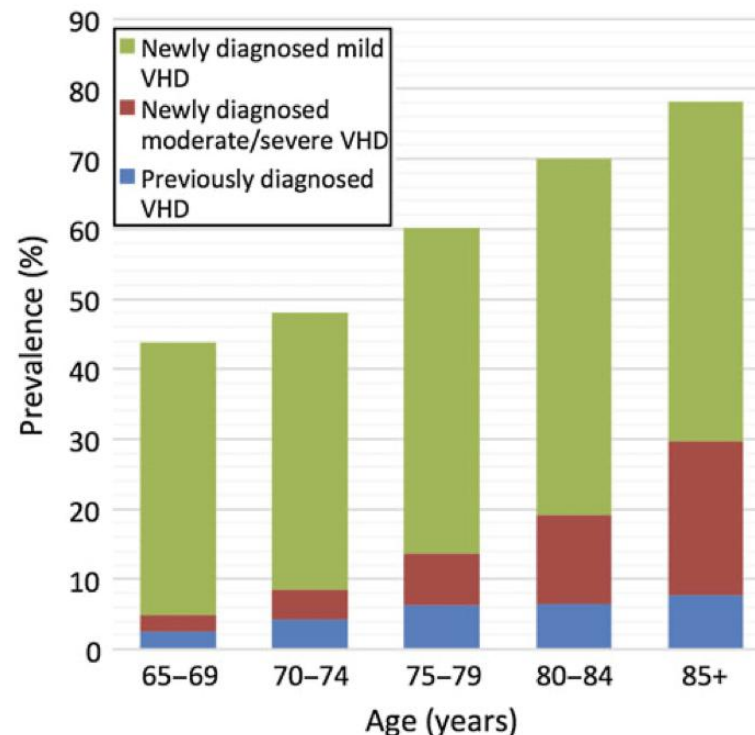
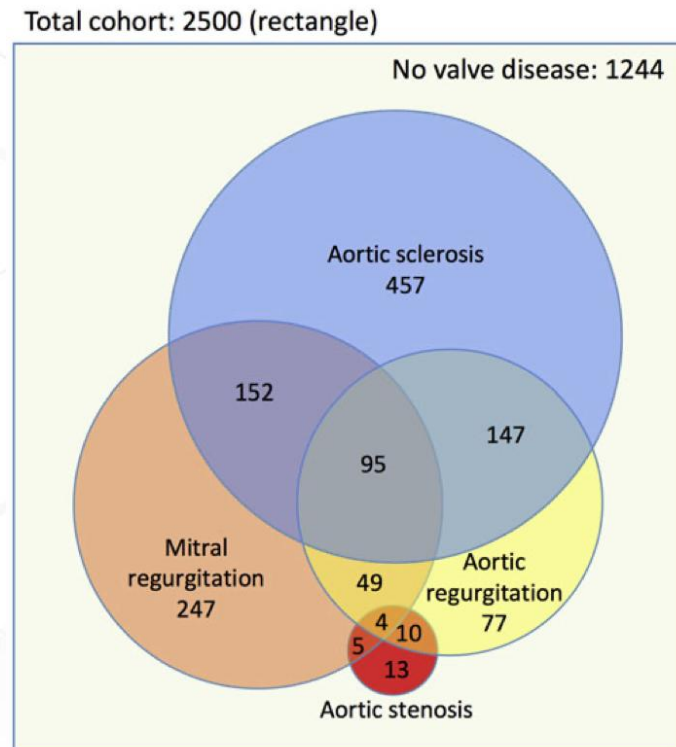
OXValve Population Cohort Study

Dépistage échocardiographique prospectif chez 2500 habitants
> 65 ans en pratique de médecine générale

34% Sclérose aortique; 1,3% RAC

La prévalence augmente fortement
avec l'âge

Bcp de patients non diagnostiqués
Et une prévalence qui va doubler



La sténose aortique: pathogénèse et histoire naturelle

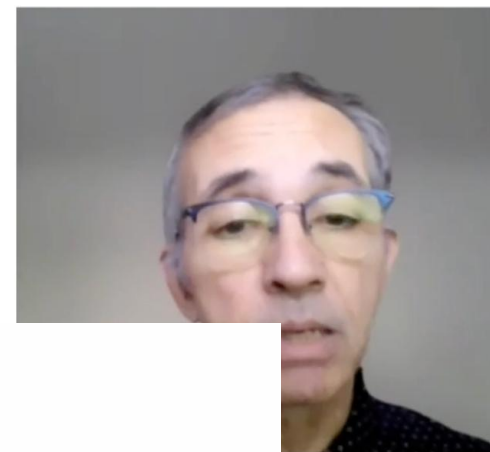
Barriers to optimal and equitable management of the elderly with aortic valve disease: Underdetection



ACNAP
Association of Cardiovascular
Nursing & Allied Professions



Projections of Diagnoses and
Underdiagnosed VHD in the UK



Prévalence des Valvulopathies OxVALVE Population Cohort Study

~65 % of

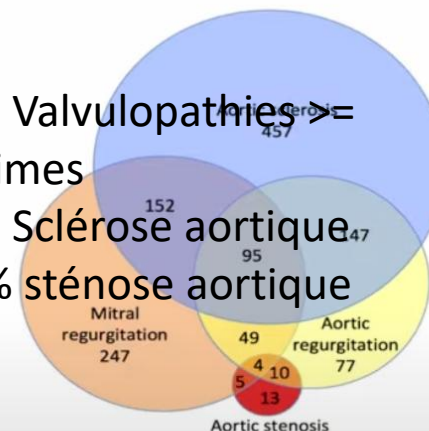
D

33 % of severe

EuroHeart

- Dépistage échocardiographique prospectif chez 2500 habitants ≥ 65 ans en pratique de médecine générale
- Valvulopathies ≥ minimales:
 - 51% diagnostiquées au dépistage
 - 31% scléroses aortiques, 1.3% RAC
- Valvulopathies modérées / sévères :
 - 4.9% connues
 - 6.4% nouvellement diagnostiquées (0.7% RAC)

51% Valvulopathies ≥ minimales
31% Sclérose aortique
1,3% sténose aortique

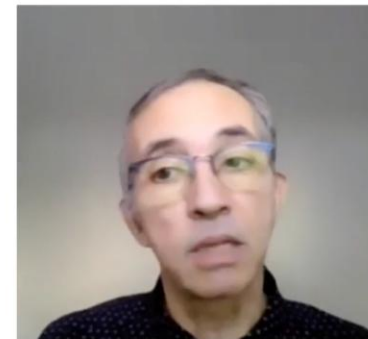
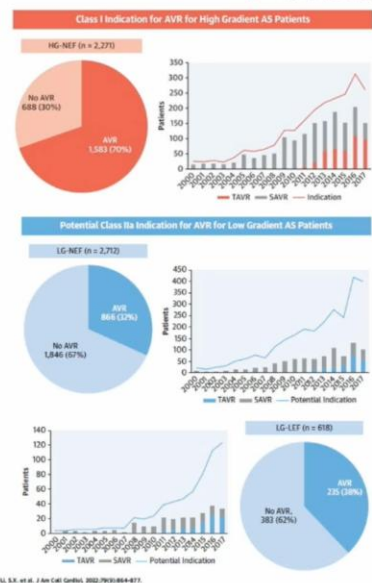


ns of Diagnoses
rdiagnoses VHD in

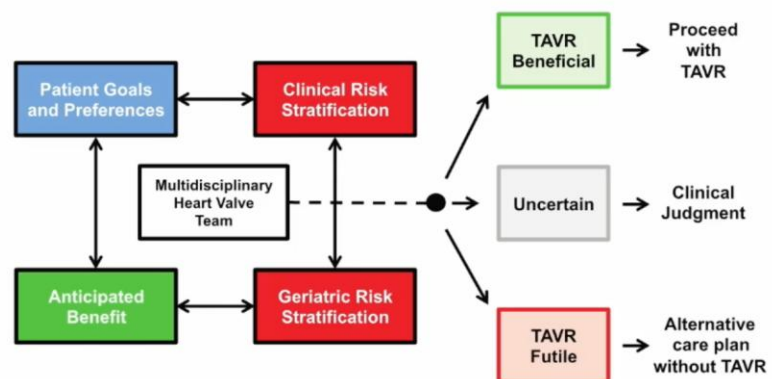
Did TAVI solve the problem of under-treatment in the elderly with severe AS?

- The proportion of patients AS increased from 33.9% in 2001 (EuroHeart Survey I) to 41.2% in 2017 (EuroHeart Survey II), because of **population aging** and **availability of TAVI** for high surgical risk patients who were frequently denied or not referred for surgery.
- Despite the introduction of TAVI (in 2002), **> 30% of patients** with Class I indication of AVR are **not treated** nowadays
- Under-treatment is **> 60% in Low-Gradient Severe AS**, which is more prevalent in the elderly patients

ACNAP
Association of Cardiovascular
Nursing & Allied Professions



Utility vs. Futility of TAVI



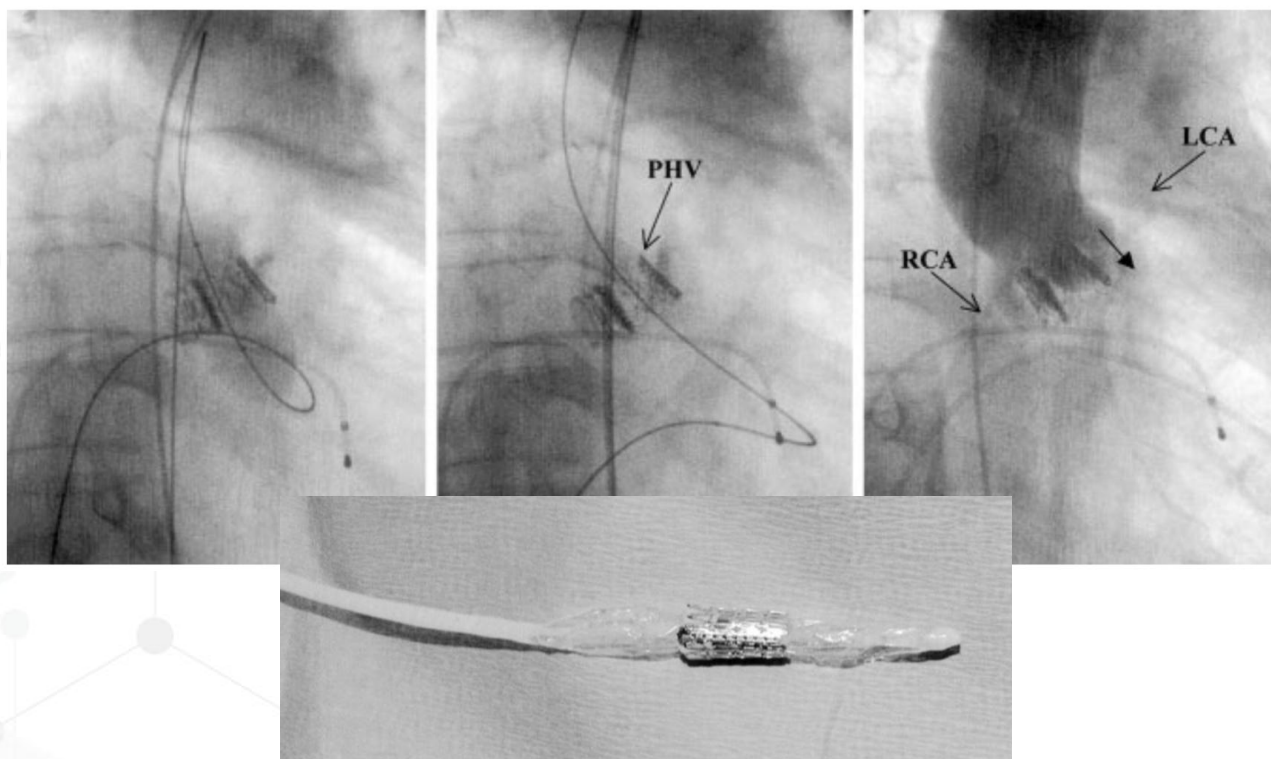
Lindman et al. JACC Int. 2014



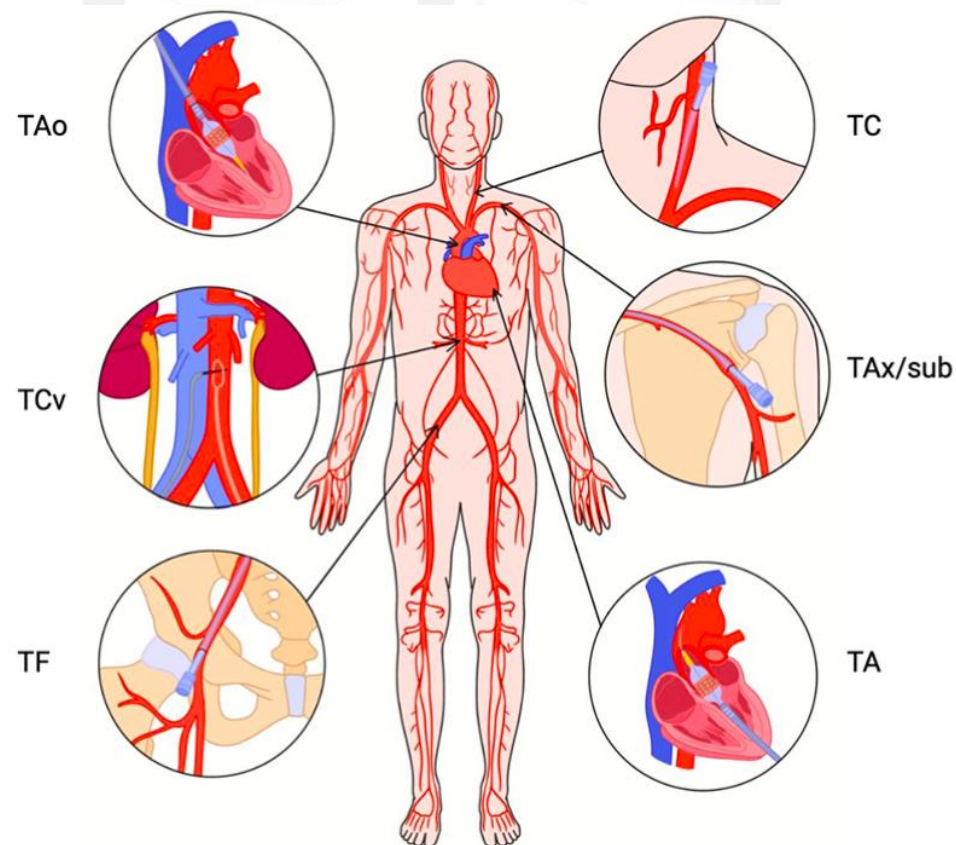
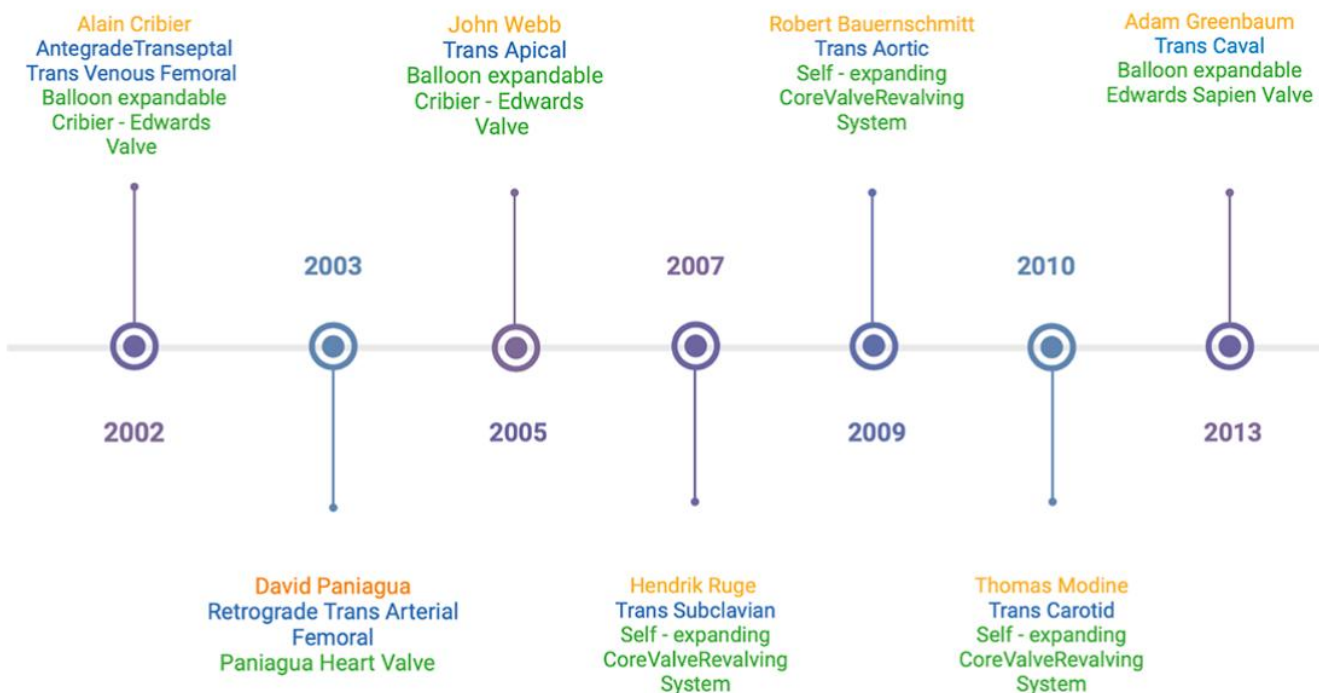
Percutaneous Transcatheter Implantation of an Aortic Valve Prosthesis for Calcific Aortic Stenosis

First Human Case Description

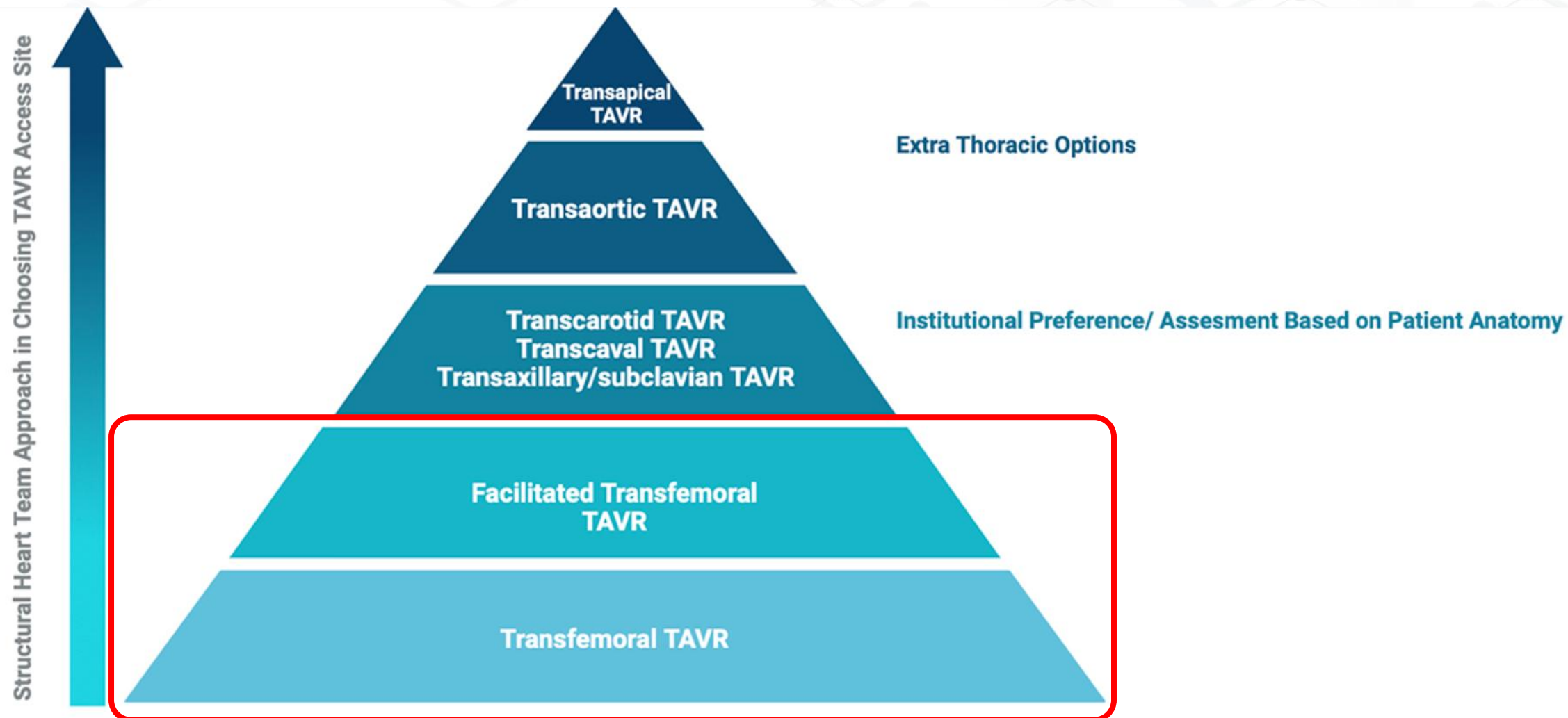
Alain Cribier, MD; Helene Eltchaninoff, MD; Assaf Bash, PhD; Nicolas Borenstein, MD; Christophe Tron, MD; Fabrice Bauer, MD; Genevieve Derumeaux, MD; Frederic Anselme, MD; François Laborde, MD; Martin B. Leon, MD



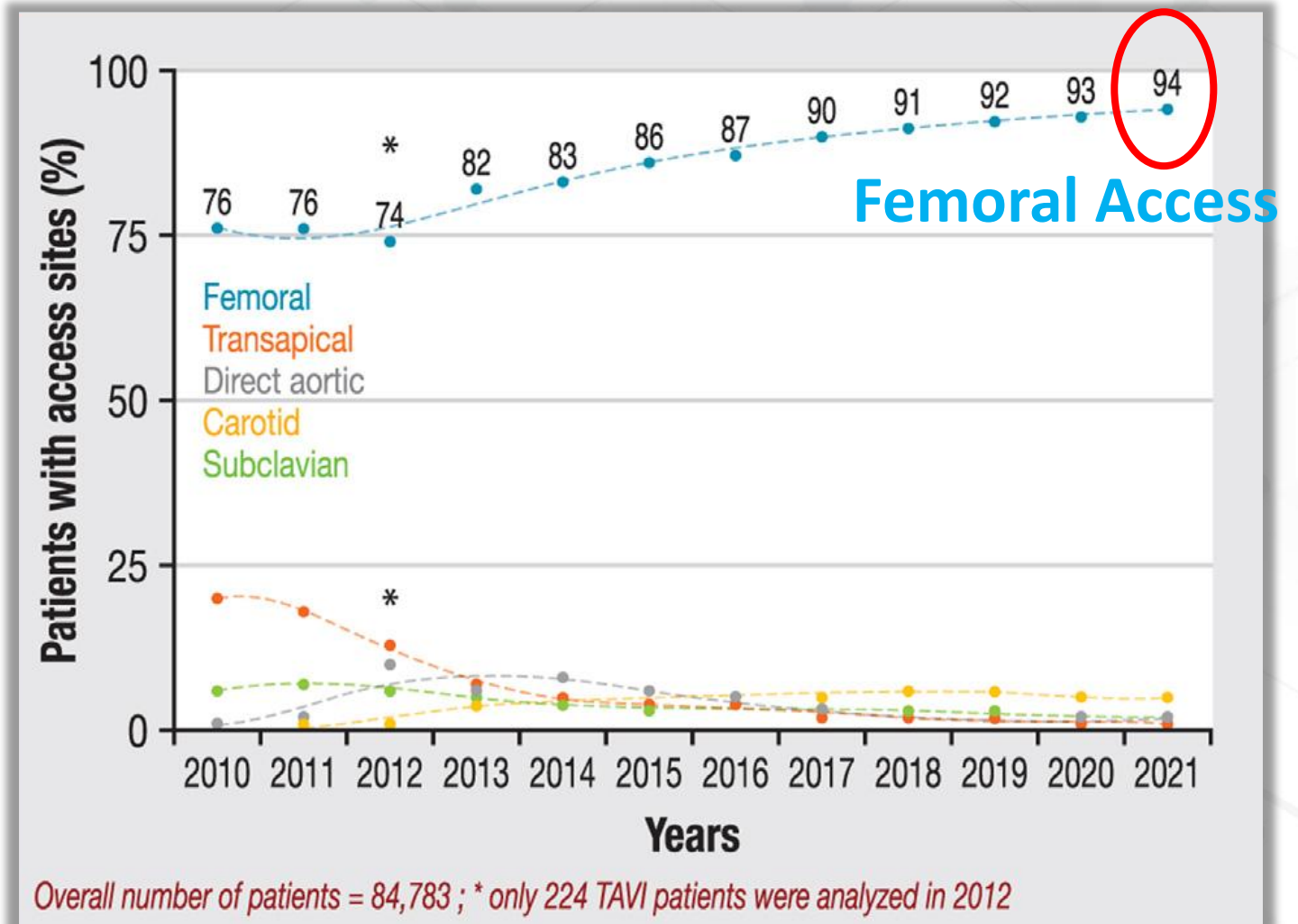
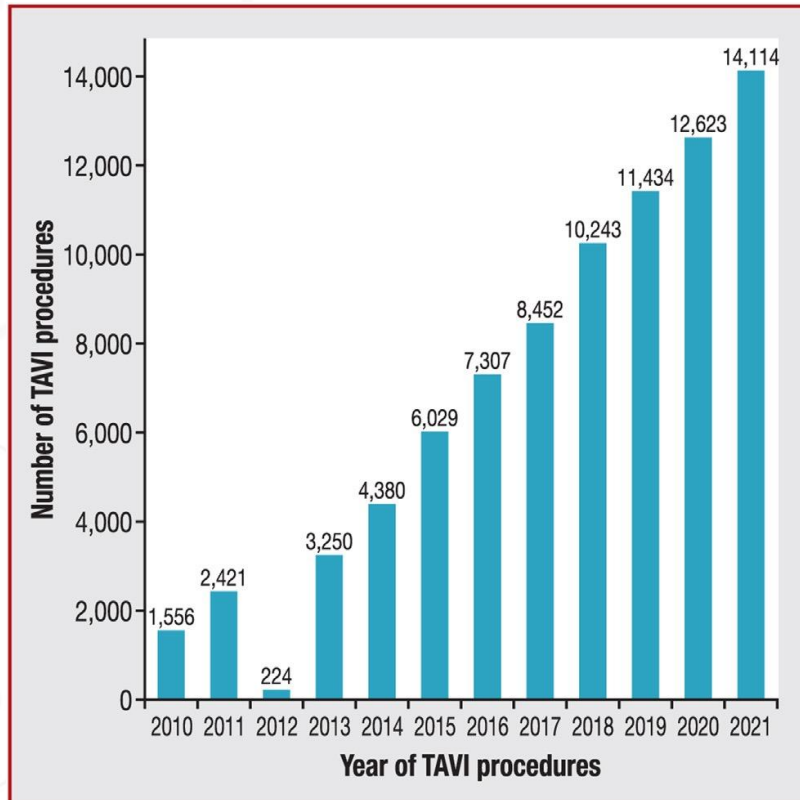
TAVR alternative Access: Evolution and Current Practice



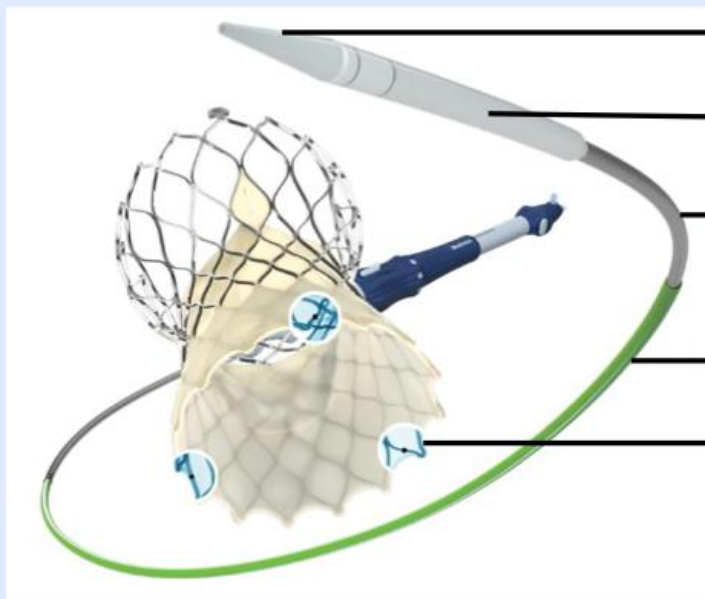
TAVR alternative Access: Evolution and Current Practice



Evolution of TAVI patients and techniques over the past decade: The French TAVI registries



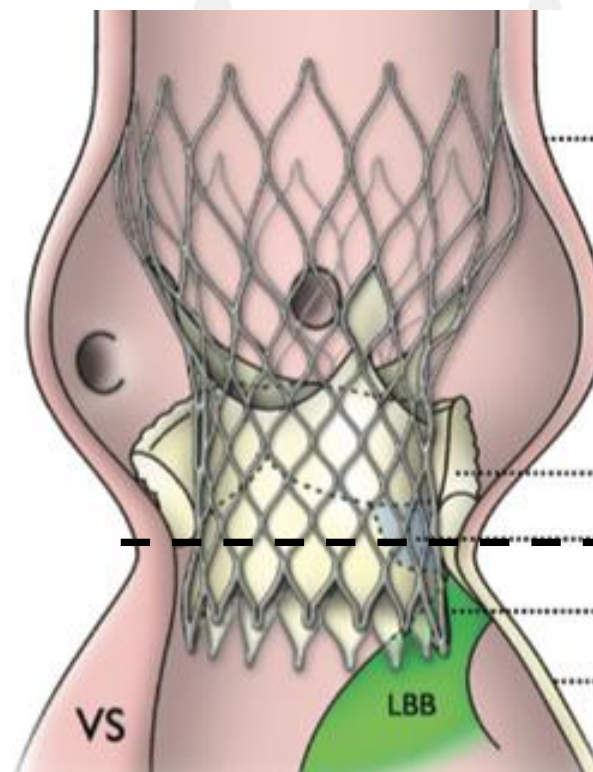
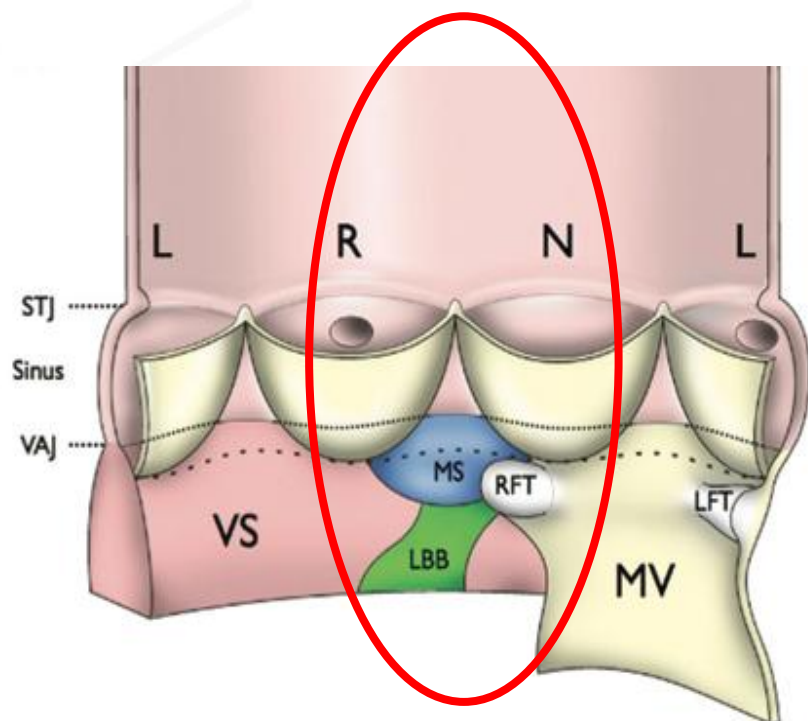
Evolut FX System Modifications from PRO+

SHARED FEATURES		KEY REFINEMENTS
EVOLUT PRO+	EVOLUT FX	
 Self-expanding Nitinol Frame Supra-annular Design Porcine Pericardium Pericardial Skirt with External Pericardial Wrap	 Redesigned Nose Cone Redesigned Capsule Single Spine Shaft Optimized Stability Layer Radiopaque Dot Markers at 3 mm from inflow	



Avoid interaction with conductive tissue

Depth of Implantation:
Predictor of Conduction disturbances +++



Risk of conduction abnormality

Low risk

THV Implantation

High risk

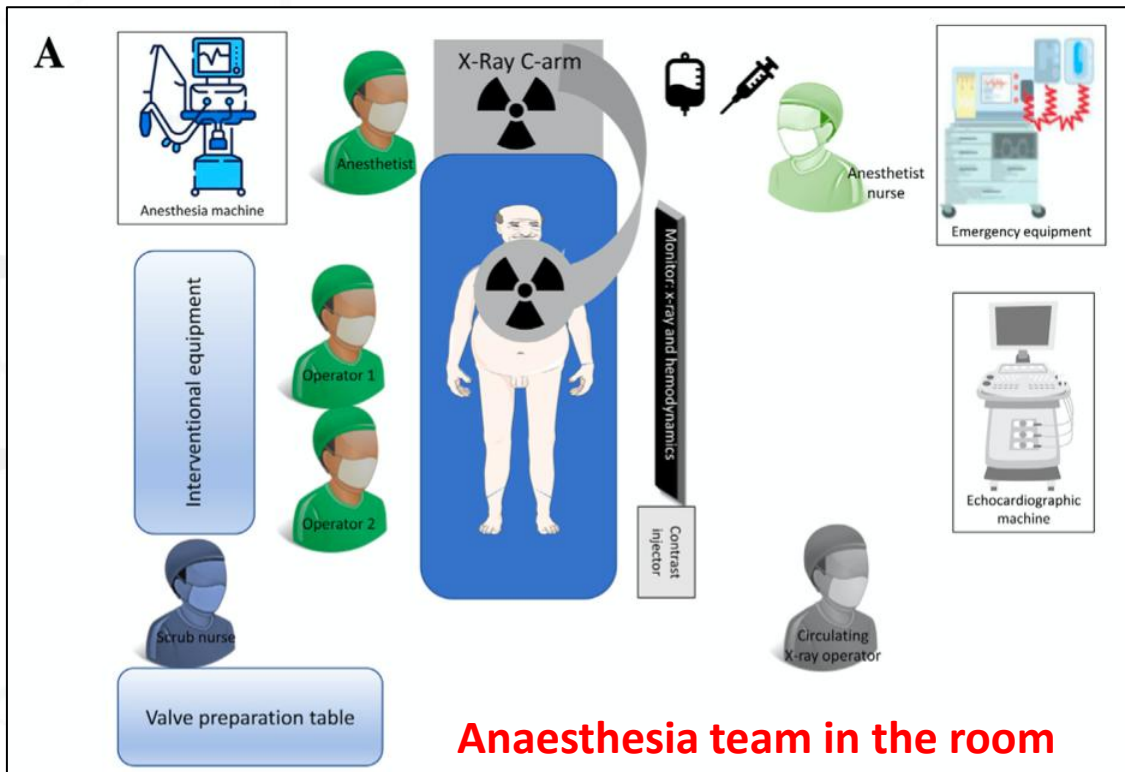
Take home messages: TAVI: Techniques et valves

- Les procédures TAVI se sont beaucoup simplifiées (AL, pre-closing, voie secondaire radiale, stimulation sur guide).
- 3 prothèses sont actuellement remboursées:
 - La Sapien 3, expansible au ballon
 - L'Evolut FX et la Navitor, auto-expansibles
- Leurs caractéristiques et leurs modes d'implantation leur confèrent des avantages et des inconvénients qui leur sont propres.



Faisabilité et sécurité de l'approche « PCI-like » ?

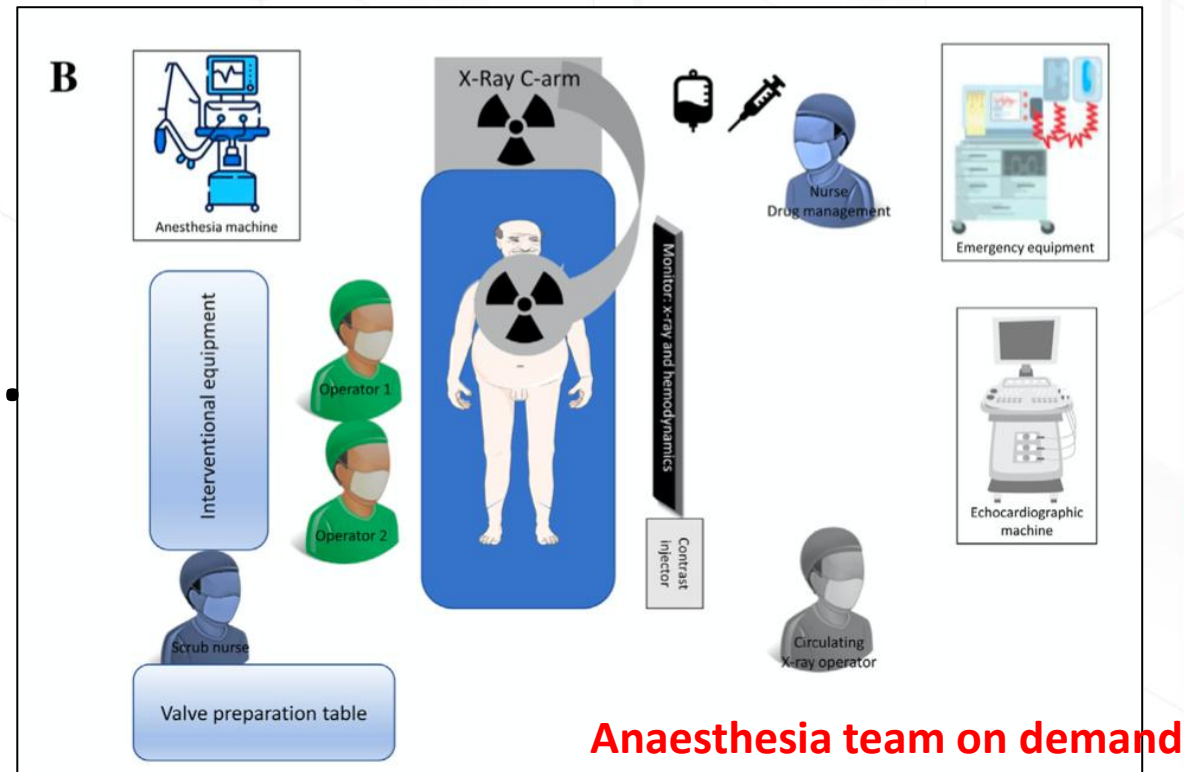
Regular approach TAVI



2 operators
(cardiologists and/or CT surgeons)

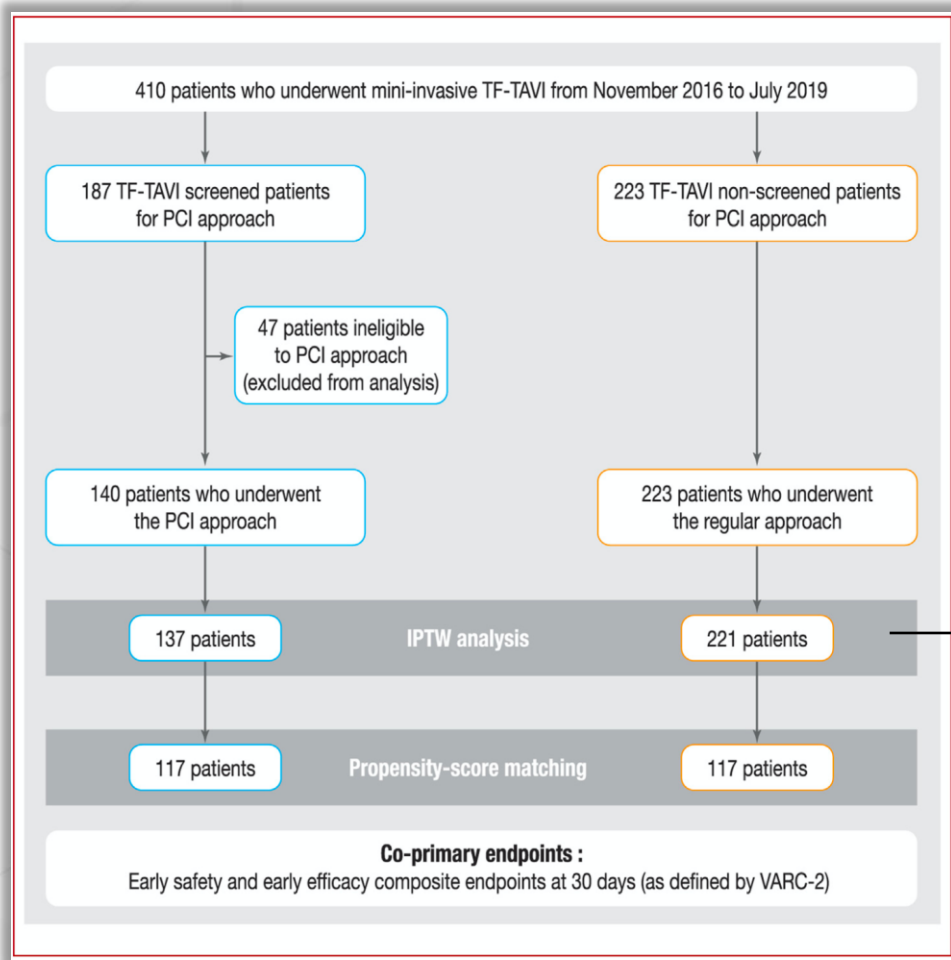
PCI-like approach TAVI

VS.

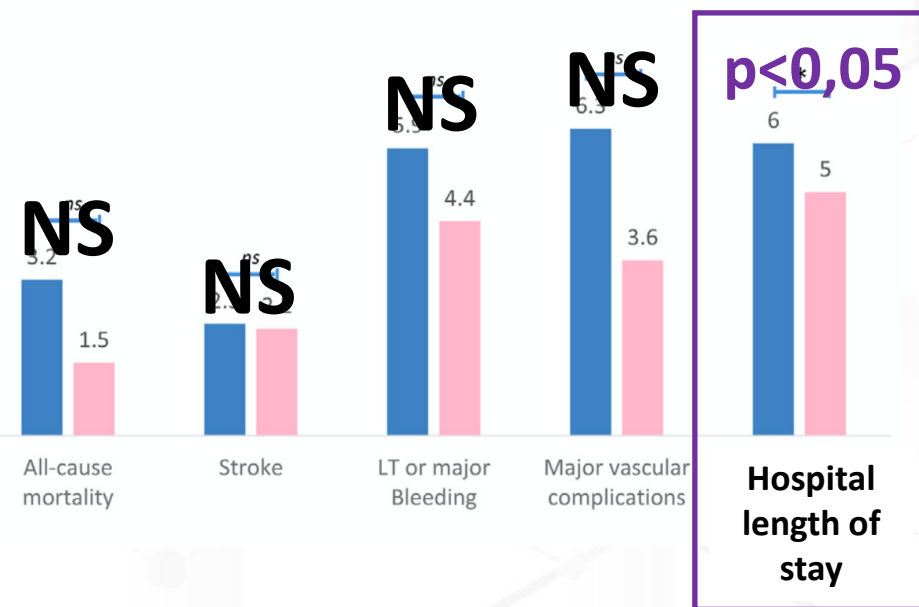


2 cardiologists ++
(or 1 cardiologist & 1 CT surgeon)

Faisabilité et sécurité de l'approche « PCI-like » ?

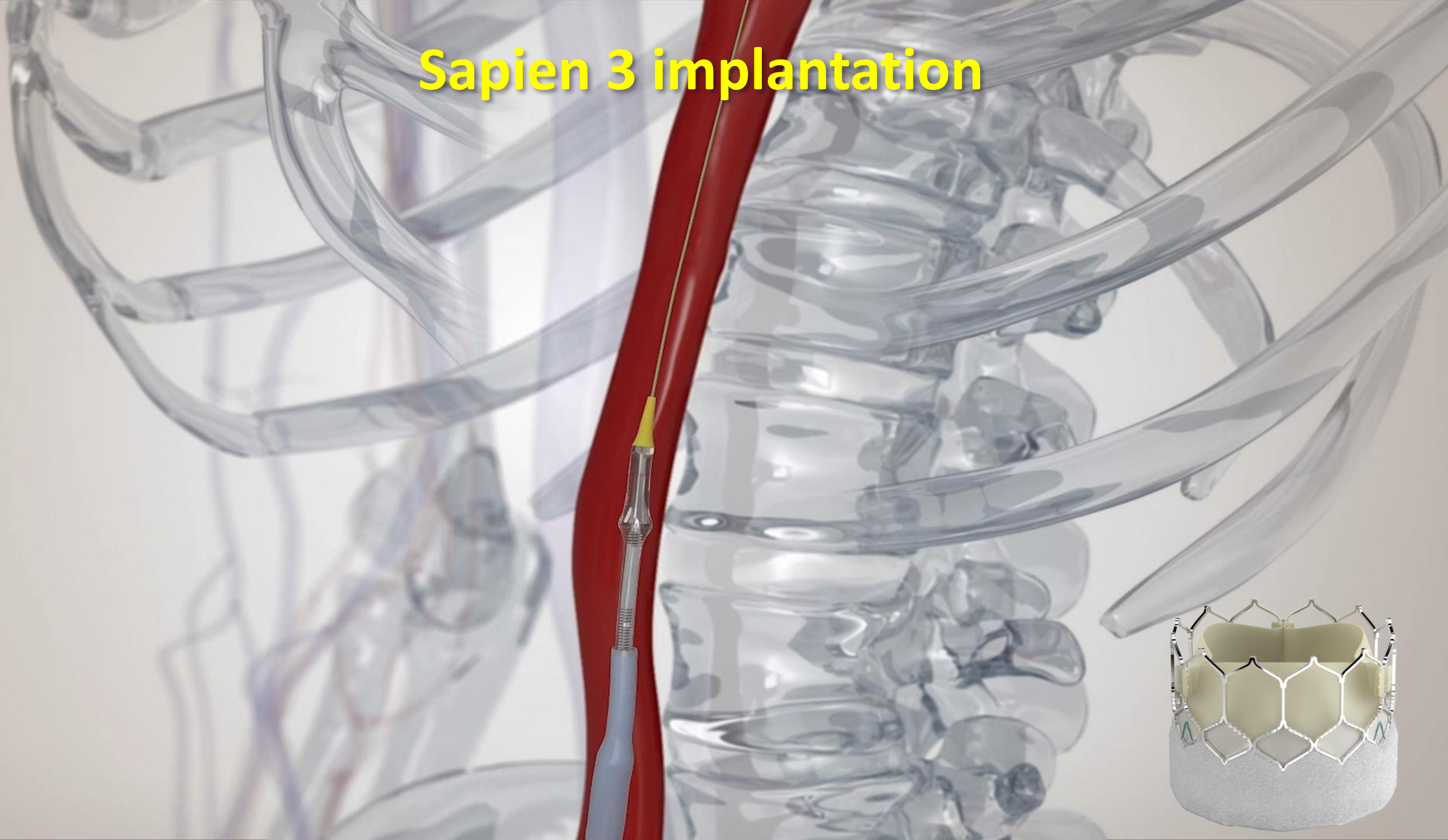


Call for anaesthesia team support
n=6 (4.4%)



■ Regular approach ■ PCI approach

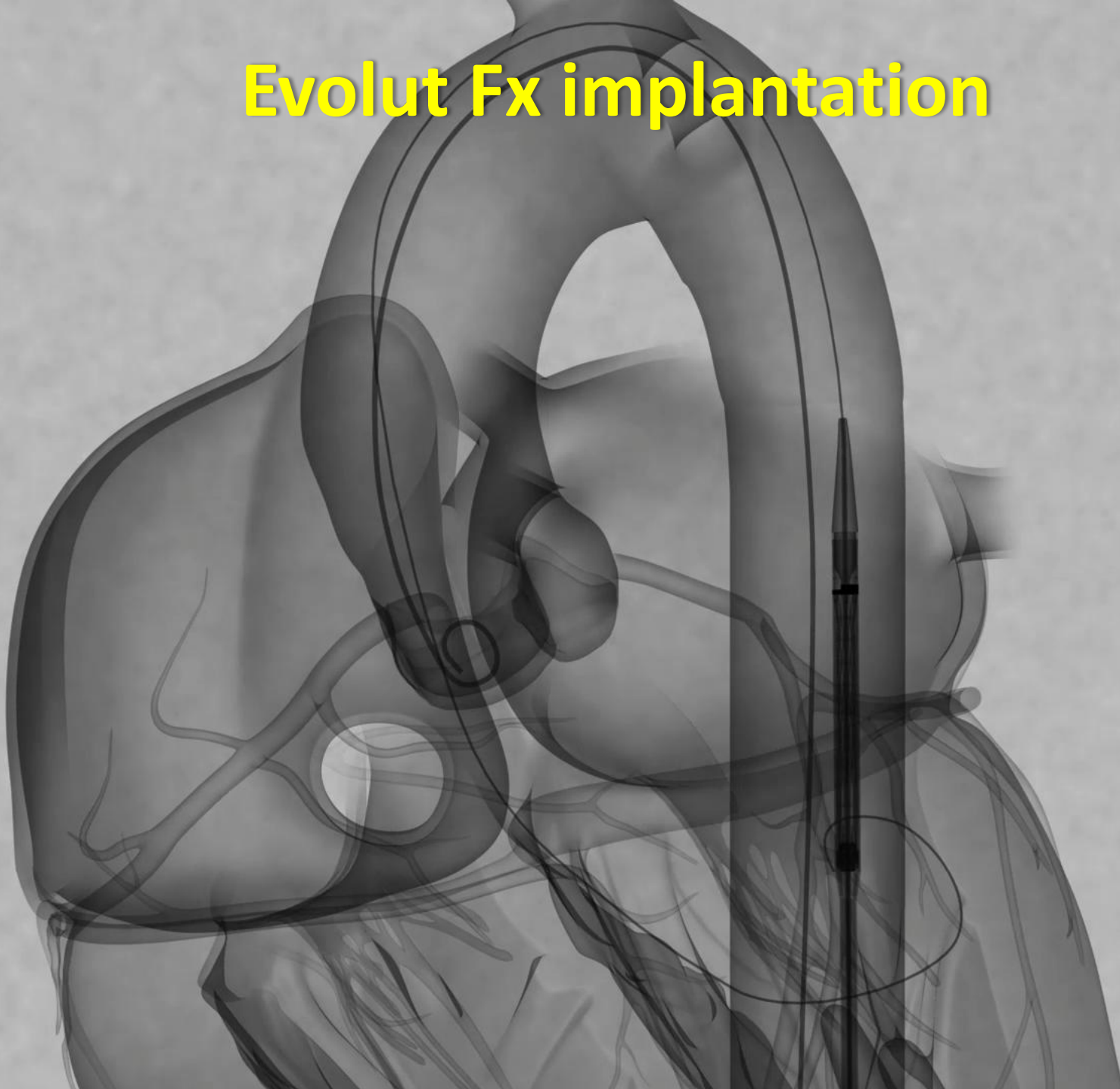
Sapien 3 implantation



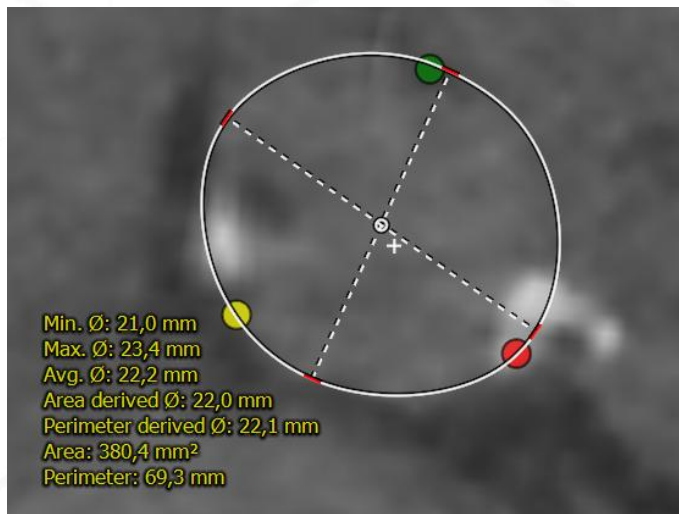
Sapien 3 implantation



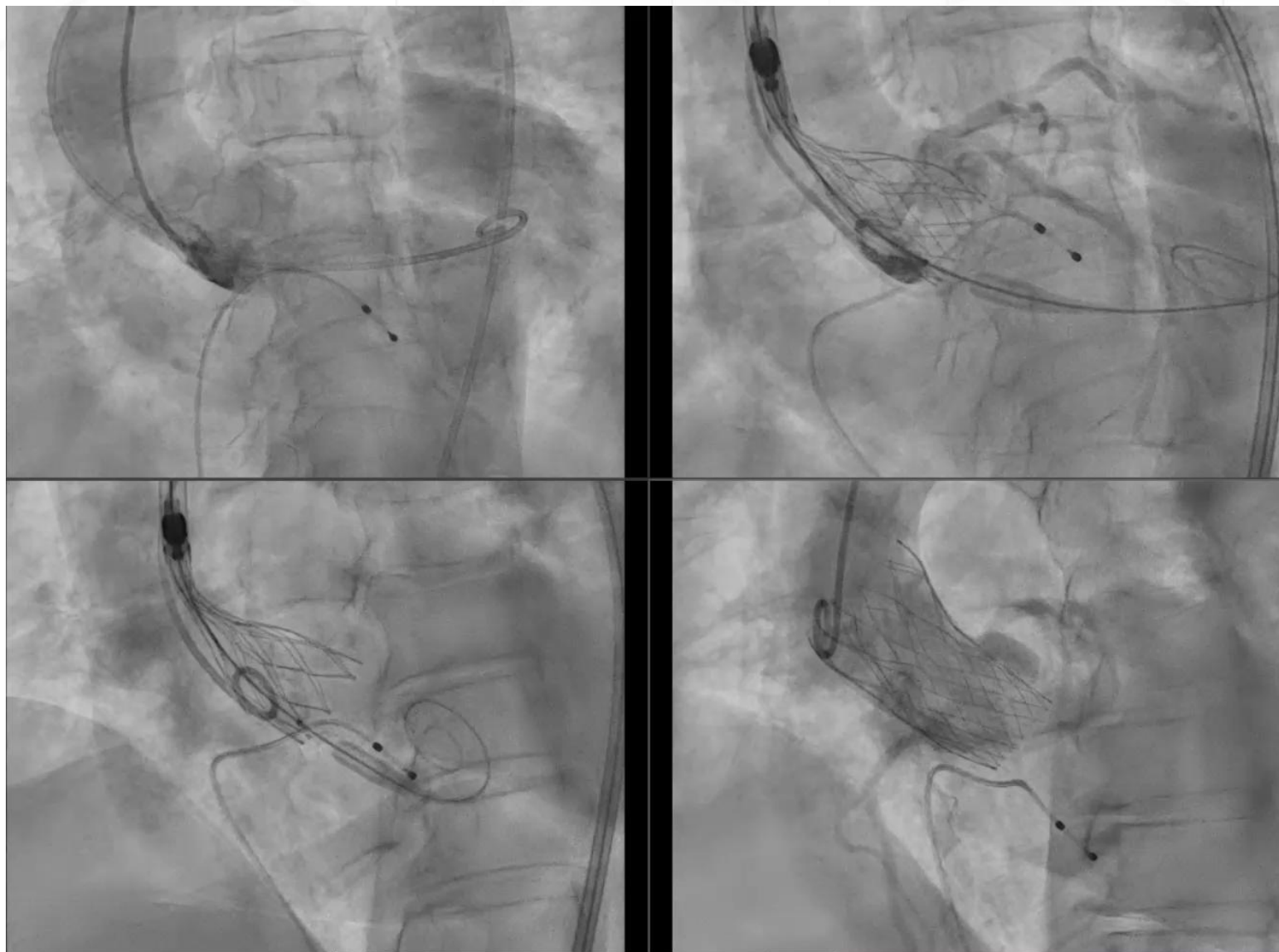
Evolut Fx implantation



Navitor Valve in Practice



Pré dilatation au ballon 22mm
Navitor 27mm





L'évaluation gériatrique pré-Tavi

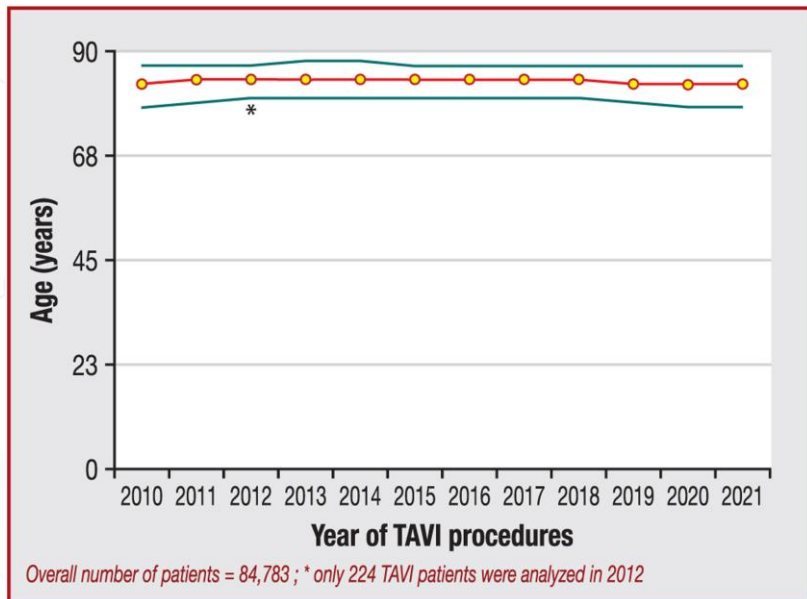
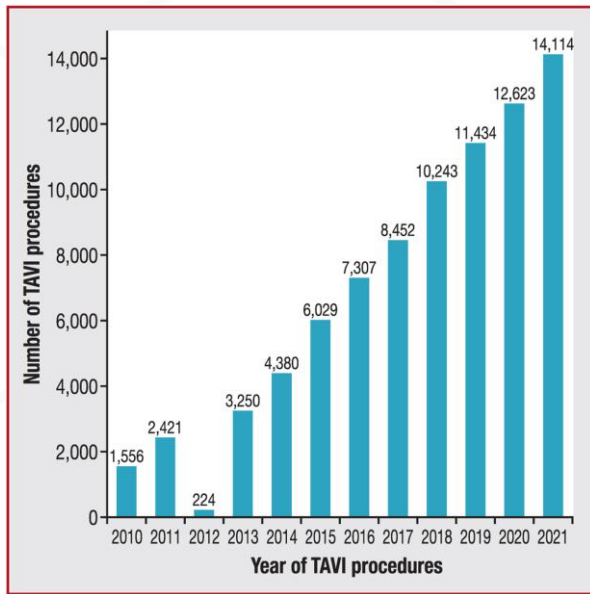
Congrès SSGC 19 septembre 2025
Dr Tristram Justine





Sommaire

- Fragilité gériatrique et RAC
- Exemple de la filière cardio-gériatrique au CH Douai
- Cas clinique

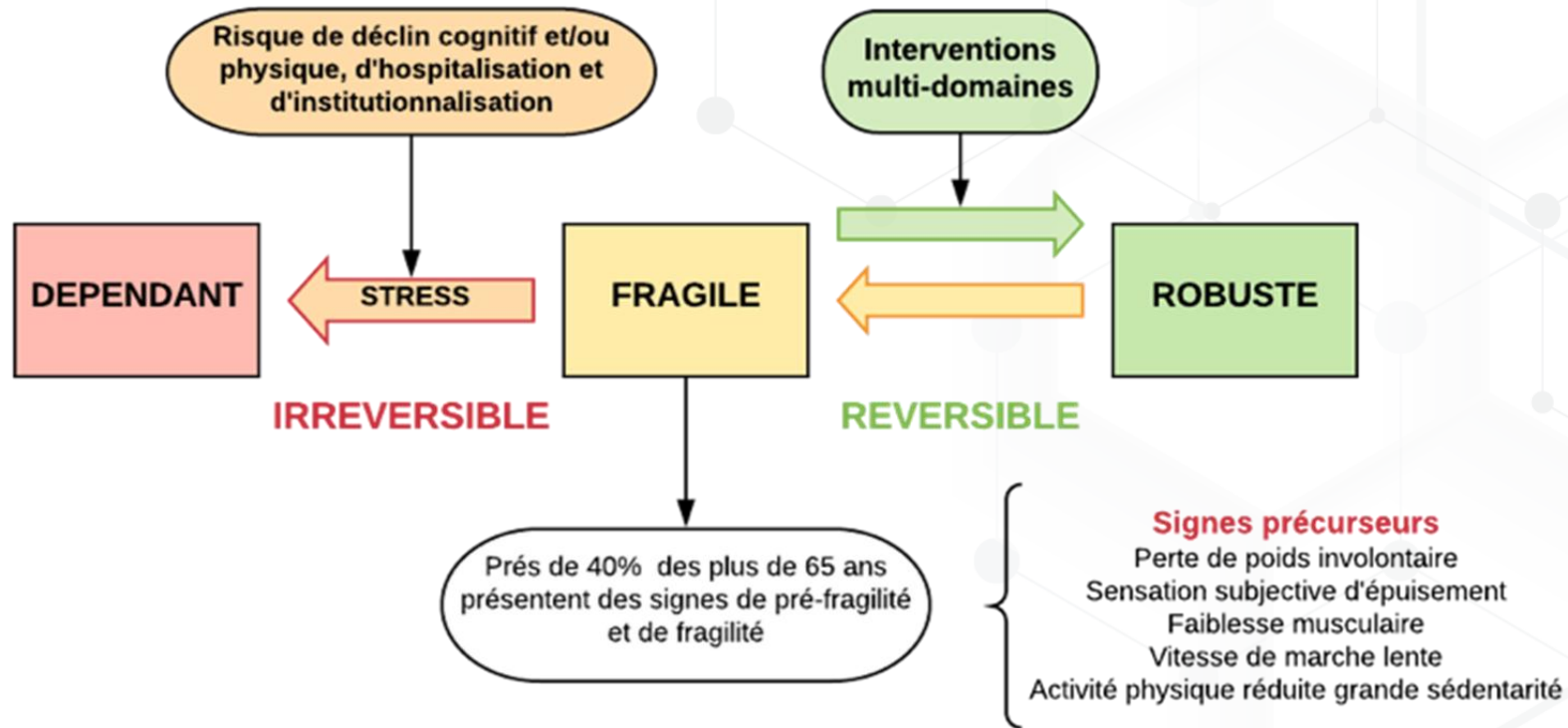


Prévalence du RAC chez les patients âgés

- 8% chez les patients âgés de plus de 85 ans en Europe
- 50% de mortalité pour les RAC serrés non traités dans les 2 ans
- Âge médian de réalisation du TAVI : 83 ans



Fragilité et RAC



D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996



- **Prévalence** de la Fragilité dans le RAC: 26 à 68% (selon les échelles utilisées)
- **Conséquences en Post-TAVI :**
 - Augmentation de la mortalité
 - Baisse de la qualité de vie et de l'indépendance fonctionnelle
 - Augmentation de la durée moyenne de séjour
 - Survenue d'EI au cours de l'hospitalisation (confusion)
- **Ceci indépendamment du succès de la procédure**

Frailty in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement: The FRAILTY-AVR Study



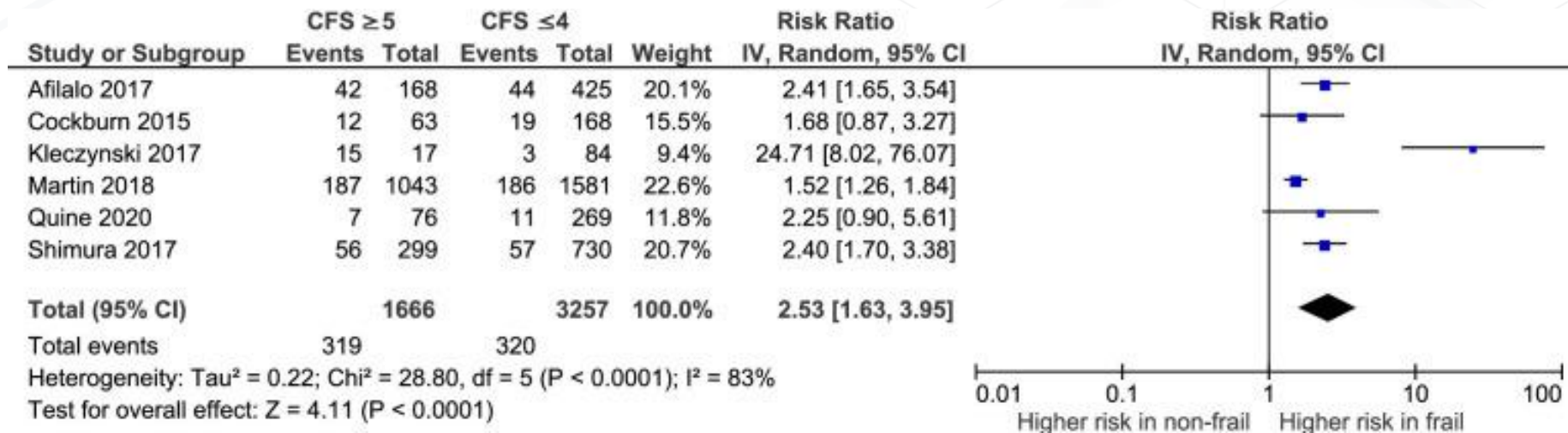
- Evaluation gériatrique **systematique** pré-TAVI recommandée par les Sociétés Savantes
- **MAIS** absence de consensus et de détails sur la manière de procéder





Comment repérer la fragilité ?

- Echelle de Rockwood



Prendiville T, et al. Open Heart 2023;10:e002354.



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour **prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.



- **Echelle de Fried**

1 - Perte de poids
≥5% par an

2 - Fatigue subjective
Epuisé ou fatigué en permanence ou
fréquemment ?

3 - Activité physique
Aucune activité physique ou moins de 1
à 2 marches par semaine

4 - Vitesse de marche
Difficulté à marcher 100 mètres

5 – Force «grip strength»

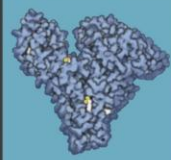


3 ou plus = Fragile
1 ou 2 = Pre frail
0 = Non fragile



- **Essential Frailty Toolset (EFT)** = Supériorité pour prédire la mortalité à 1 an, à 30 jours et la baisse d'indépendance fonctionnelle à 1 an

CENTRAL ILLUSTRATION: Essential Frailty Toolset in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement

	Five chair rises <15 seconds	0 Points
	Five chair rises ≥15 seconds	1 Point
	Unable to complete	2 Points
	No cognitive impairment	0 Points
	Cognitive impairment	1 Point
	Hemoglobin ≥13.0 g/dL ♂ ≥12.0 g/dL ♀	0 Points
	Hemoglobin <13.0 g/dL ♂ <12.0 g/dL ♀	1 Point
	Serum albumin ≥3.5 g/dL	0 Points
	Serum albumin <3.5 g/dL	1 Point

EFT Score	1-Year Mortality	
	TAVR	SAVR
0-1	6%	3%
2	15%	7%
3	28%	16%
4	30%	38%
5	65%	50%

EFT Points: _____



- Meilleure discrimination si on utilise des échelles multi-domaines mais plus « gourmandes » en ressources
- Dans tous les cas, **Point de départ !**

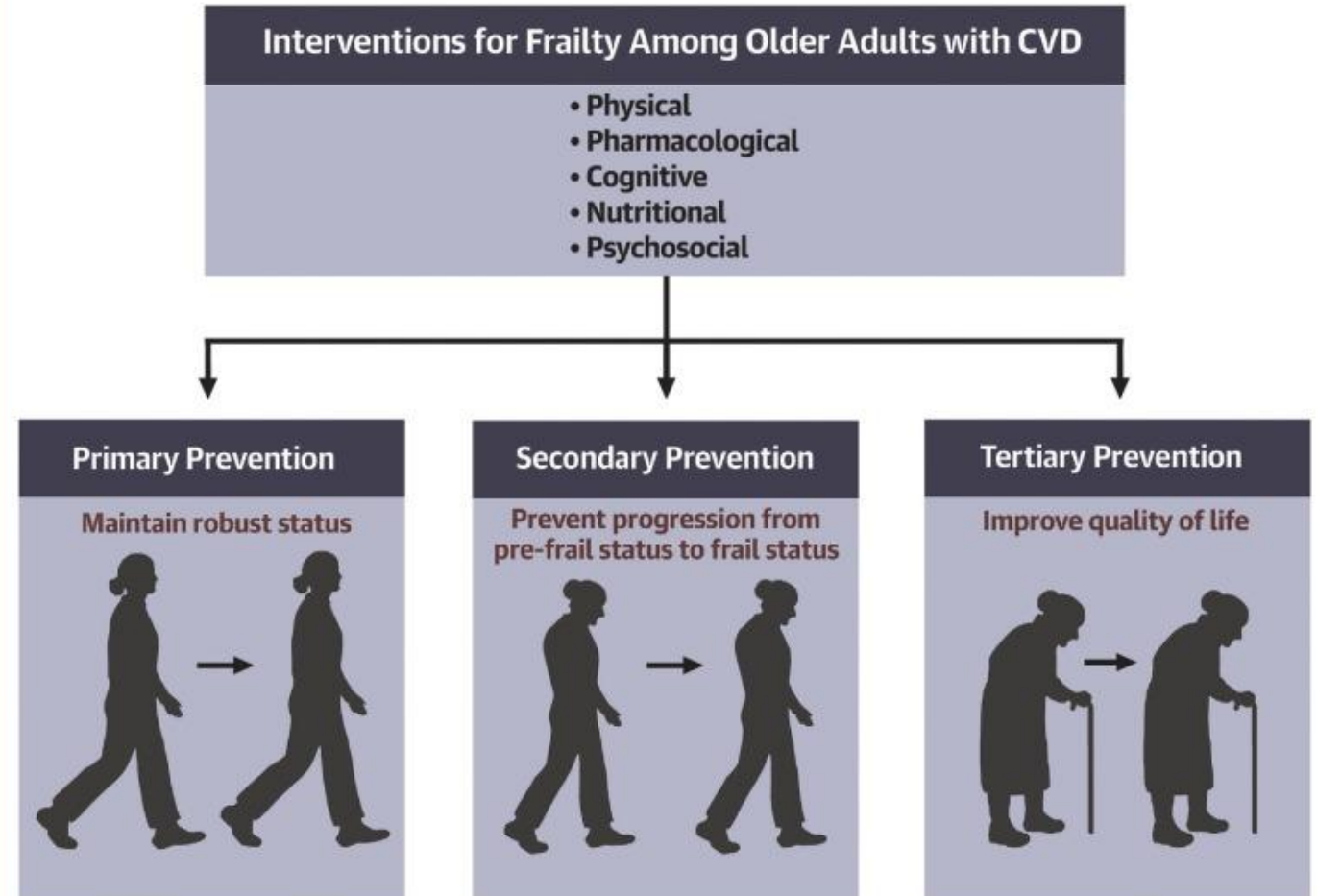


Dans quel But ?

- Evaluation de l'Utilité Versus la Futilité du geste

=> Se Fixer un objectif !

CENTRAL ILLUSTRATION: Interventions Aimed at Preventing or Reversing Frailty in Patients With Cardiovascular Disease



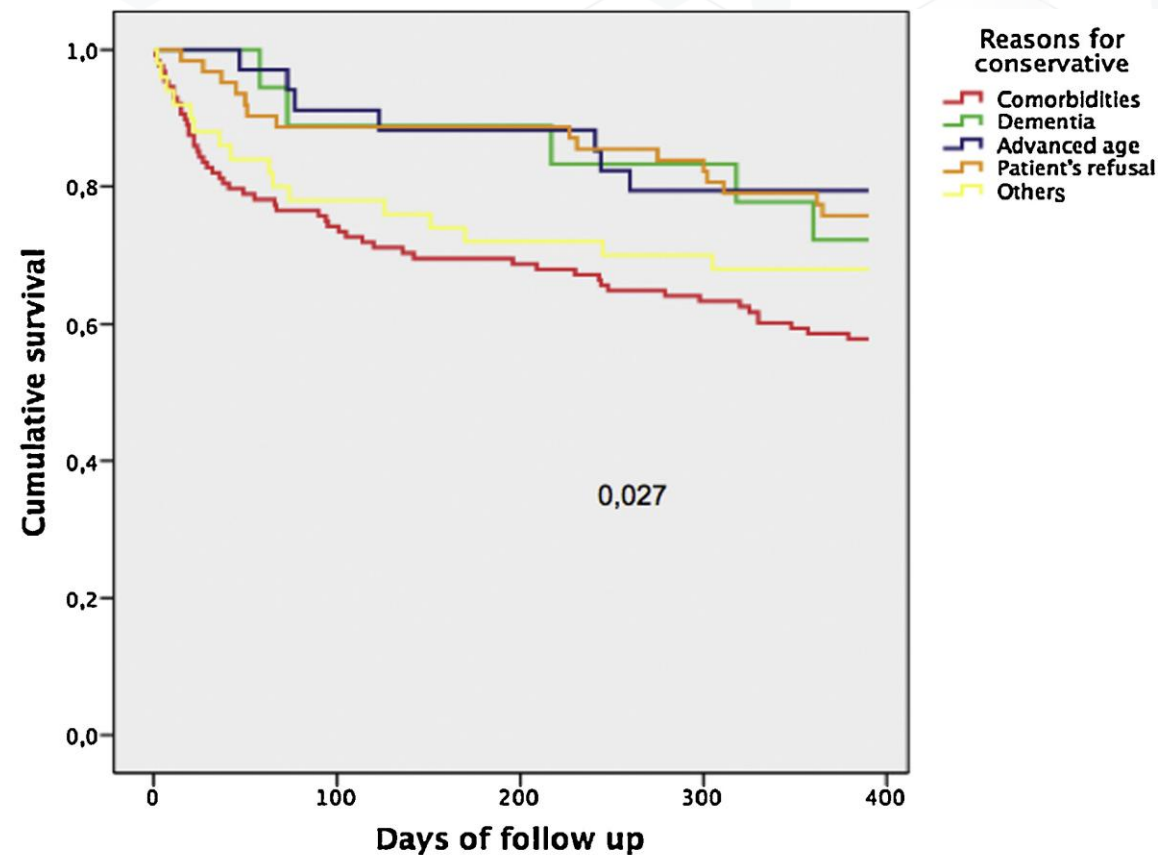
Ijaz, N. et al. J Am Coll Cardiol. 2022;79(5):482-503.



- **Souhait du patient !**
- La seule présence de Fragilité ou d'un âge avancé n'est pas un motif de la futilité de l'intervention



Fig. 2. Survie cumulée selon les raisons d'une approche conservatrice



Patients at risk

Comorbidities	128	95	88	81
Dementia	18	16	16	15
Advanced age	34	31	30	27
Patient's refusal	62	55	55	51
Others	50	39	36	35



Une intervention gériatrique améliore-t-elle les résultats post-TAVI ?

- Autres facteurs de risque de mortalité ou de perte d'autonomie post-TAVI à prendre en compte:
FA, maladie pulmonaire (BPCO), I rénale (dialysée) et Obésité
- **Espérance de vie à 1 an ?**
- **Prise en charge pluriprofessionnelle/Multi-Domaine/ Plan personnalisé de soins**
- Intervention en Pré **ET** Post-Tavi



- Capacités physiques/autonomie (ADL, IADL, 5 levés de chaise)
- Evaluation cognitive (MMSE)

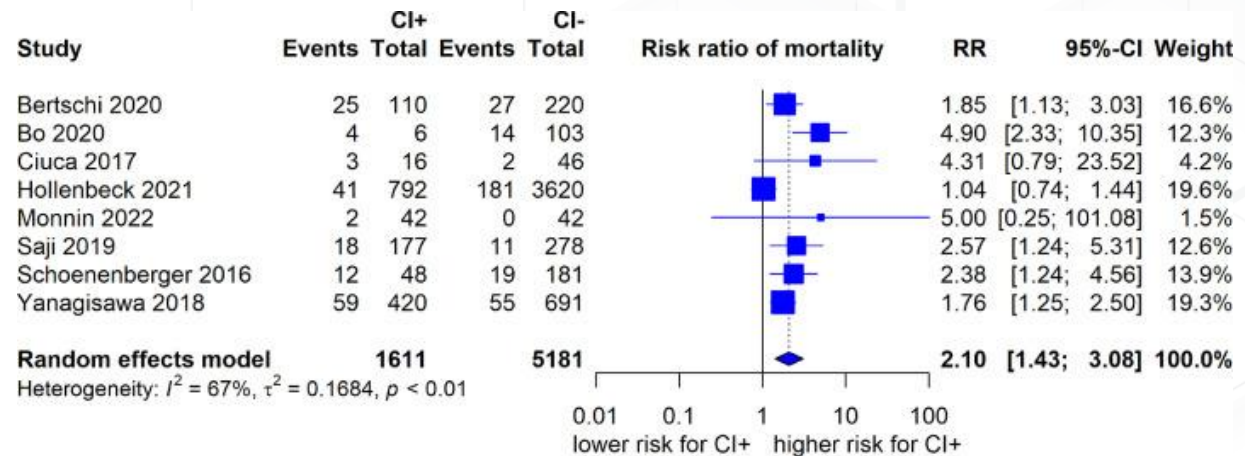
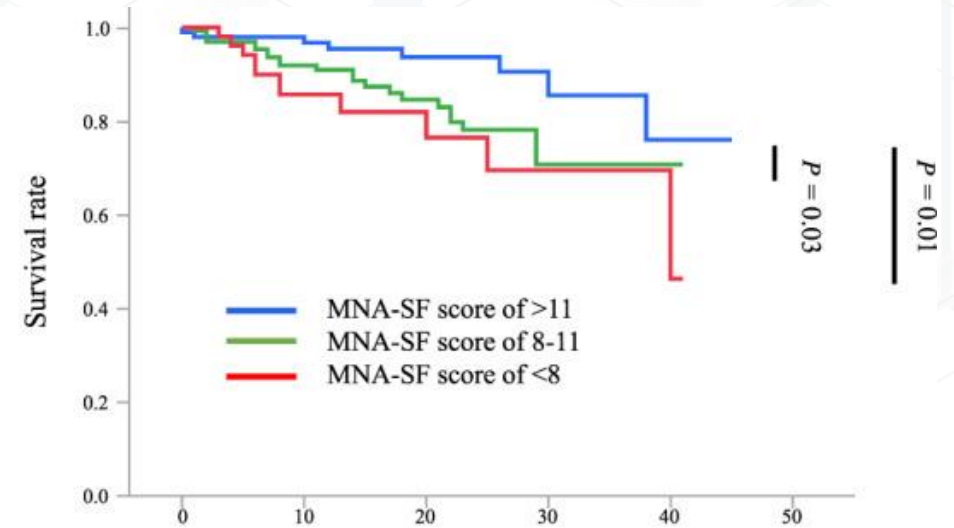


Figure 2. RR de mortalité comparant les patients avec et sans troubles cognitifs ayant subi une implantation percutanée de la valve aortique



- **Thymique** (GDS): études hétérogènes
- **Nutritionnelle** (MNA, éval diet)
- **Marche et Chute** dans l'année
- **Iatrogénie** (hypoTA +++)
- **Social**



No. of patients at risk	Months of follow up					
	0	10	20	30	40	50
MNA-SF score of >11	100	80	49	18	5	1
MNA-SF score of 8-11	133	99	53	19	1	0
MNA-SF score of <8	55	38	15	10	3	0

ESC Heart Failure 2020; 7: 4024–4031



Ne doit pas être menée « seule » :

- ➔ Réadaptation Cardiaque Adaptée +++

Original scientific paper

Effect of cardiac rehabilitation on functional and emotional status in patients after transcatheter aortic-valve implantation

**Heinz Völler^{1,2}, Annett Salzwedel¹, Aischa Nitardy²,
Hermann Buhlert², András Treszl³ and Karl Wegscheider³**

European Journal of
**Preventive
Cardiology**



European Journal of Preventive

Cardiology

2015, Vol. 22(5) 568–574

© The European Society of
Cardiology 2014

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/2047487314526072

ejpc.sagepub.com



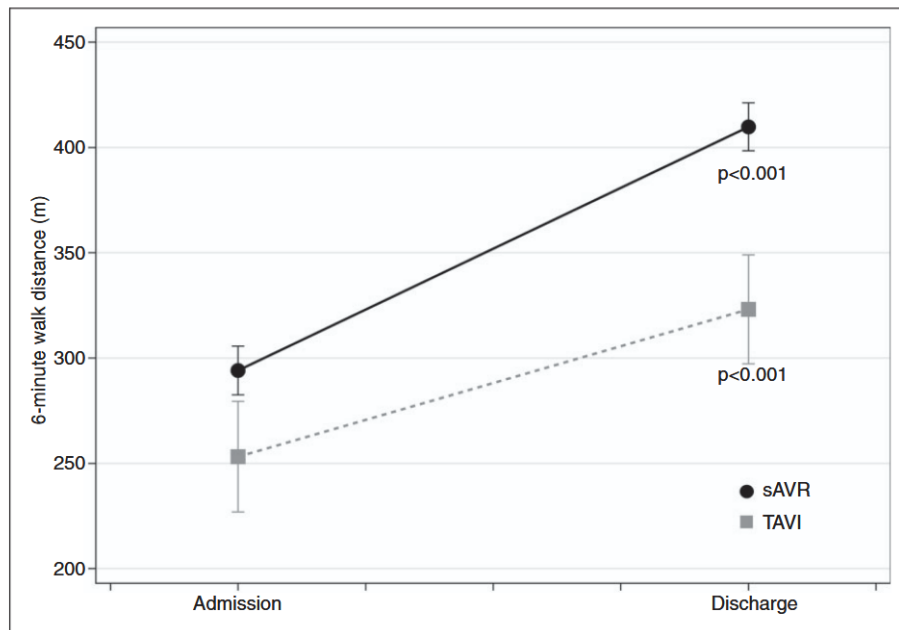


Figure 1. Effect of CR on 6-min walk test in patients after TAVI and sAVR.
CR, cardiac rehabilitation; sAVR, surgical aortic valve replacement; TAVI, transcatheter aortic valve implantation.

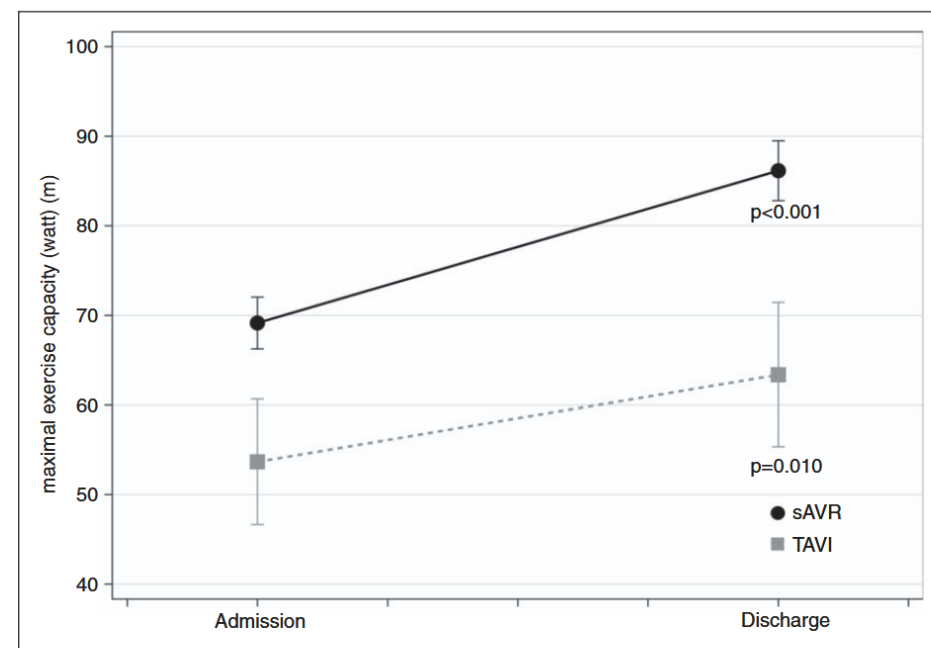


Figure 2. Effect of CR on maximal exercise capacity in W in patients after TAVI and sAVR.

Table 2. Changes in functional and emotional status from baseline after CR in patients after surgical and transcatheter aortic valve replacement

Variable	Changes during CR		Propensity score-adjusted difference	p-value
	sAVR	TAVI		
6-MWT	45.51 (38.87 to 50.38)**	28.13 (20.59 to 36.15)**	−15.89 (−5.53 to −25.09)	0.004
Exercise capacity	26.72 (21.62 to 32.02)**	19.84 (4.76 to 37.08)*	−11.26 (−22.24 to 1.28)	0.076
Anxiety score	−23.60 (−30.09 to −16.51)**	−17.1 (−35.45 to 6.40)	−6.22 (−22.00 to 44.66)	0.700
Depression score	−23.36 (−29.11 to −17.12)**	−17.10 (−34.61 to 5.11)	−0.92 (−23.96 to 29.12)	0.946

Values are % from baseline (95% confidence interval).; p-values for improvement measurement: *p < 0.05; **p < 0.001.; 6-MWT, 6-min walk test; CR, cardiac rehabilitation; sAVR, surgical aortic-valve replacement; TAVI, transcatheter aortic-valve implantation.



DONC

- Prévalence élevée de la fragilité chez les patients ayant un RAC et conséquences néfastes en post-TAVI
- Importance du dépistage (échelles)
- Amenant à une Intervention Gériatrique
- Adaptée aux besoins du patient
- Prise en charge multidimensionnelle
- Dans le but d'améliorer la qualité de vie et le pronostic fonctionnel



Exemple du Bilan pré-TAVI au CH de Douai

- Lourd ! multiples allers-retours à l'hôpital

=> Souhait d'alléger le parcours sans augmenter les délais avec la création de l'HDJ/HPDD pré-TAVI





- **Mode d'adressage** intra ou extra-hospitalier
- **Patient accompagné**
- **Regroupement des examens sur des créneaux bien définis:**
 - TDM pré-TAVI +/- écho dobu
 - Consultation Cardio: (ré)explication de la procédure au patient/famille
 - Evaluation Gériatrique Standardisée avec EMG et consultation Gériatrique
 - Entretien avec le pharmacien
 - Patient qui sort avec le courrier le jour même et Proposition Personnalisée de soin



Etiquette patient

☐ HDJ / HPDD ☐
Cardiogériatrie



Tél. Famille: _____ Médecin Traitant: Dr _____

☐ Insuffisance Cardiaque
Cardiopathie
☐ CPI ☐ CMD ☐ CMH ☐ CMR ☐
☐ Amylose cardiaque FEVG: _____ %
FDRCV
☐ Tabagisme actif
☐ Hérité
☐ Dyslipidémie
☐ Diabète
☐ HTA
Poids: _____ Taille: _____ IMC: _____ kg/m²

☐ PréTAVI
RAo serré HF/HG ☐ FE > 50% ☐
LF/LG ☐ FE < 50% ☐
IAo grade IV ☐
Syndrome de Heyde ☐
Mode d'inclusion
☐ Hospitalisation ____ / ____ / ____
☐ Consultation ____ / ____ / ____
☐ Autre _____
Médecin Référent: _____

Hospitalisation le ____ / ____ / ____

☐ ECG	☐ Cs Pharma	☐ Néphroprotection
☐ RHO	☐ Cs Diététicien	☐ Recherche Gammapathie
☐ Bilan biologique	☐ Cs Ergothérapeute	☐ Scinti aux biphosphonates
☐ Cs Cardio Gériatre	☐ Cs EMG	☐ IRM myocardique
☐ Cs IPA	☐ ETT	☐ ETT Dobutamine
☐ Cs pré TAVI	☐ TDM pré TAVI	☐ Coronarographie
☐ Autre: _____		

FERINJECT → ☐ 1° _____ mg le ____ / ____ / ____
→ ☐ 2° _____ mg le ____ / ____ / ____

☐ TéléCardio	☐ NEWCARD	☐ Refus	☐ PRADO
☐ CNO	☐ ZYMA D	☐ Kiné	

Etiquette patient

HDJ / HPDD
Cardiogériatrie



Consultations de suivi
☐ Cs Cardio Gériatre : Dr _____ à _____ mois
☐ Cs Cardio: Dr _____ à _____ mois
☐ Cs IPA à _____ mois

TRAITEMENTS

☐ Bétabloquant _____	dose optimale _____	☐ dose max. tolérable _____
☐ IEC / ARA II / ARNI _____	dose optimale _____	☐ dose max. tolérable _____
☐ AMR _____	dose optimale _____	☐ dose max. tolérable _____
☐ SGLT2i _____	dose optimale _____	☐ dose max. tolérable _____
☐ ASPIRINE _____	☐ P2Y12 _____	(durée: _____ mois)
☐ ACO _____		

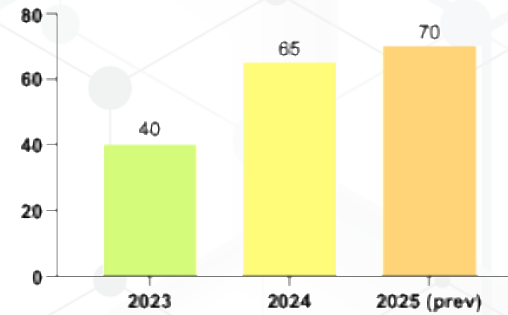
REMARQUES, NOTES & COMMENTAIRES



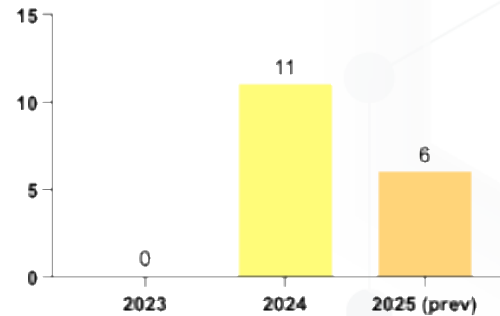
Quelques chiffres

- 69 Rao modéré en surveillance
- Patients récusés (2025):
14 décédés dans l'année,
3 OK pour VALVOSOFT,
8 perdus de vue,
2 ne veulent pas de suivi cardio

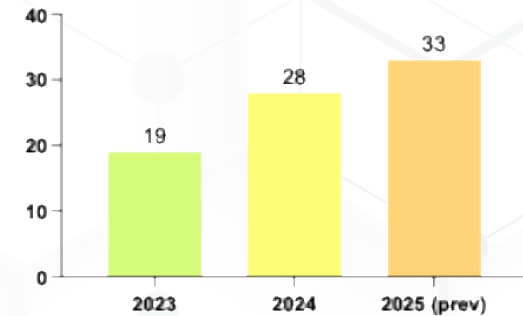
Rao serré hospitalisé / an



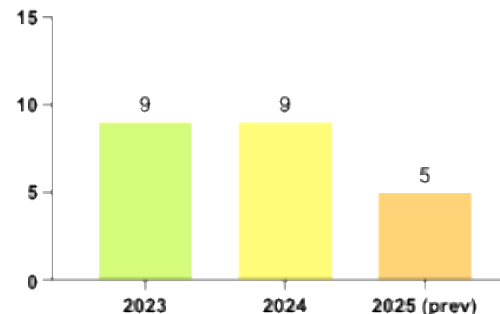
RVAo chirurgical / an



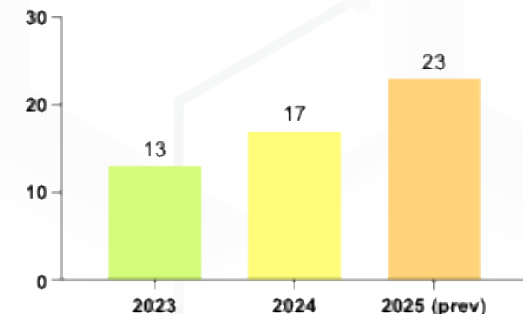
TAVI / an



Rao décédé avant TAVI / an



Rao récusé au TAVI / an





Cas clinique 1

- Mr G. Leonce, 79 ans, RAC modéré en surveillance depuis 2019, devenant serré et symptomatique, FEVG préservée

- **Antécédents:**

Cardiopathie ischémique sans précision

Plusieurs hospitalisations pour pneumopathie dont une avec passage en réanimation il y a 2 ans pour détresse respiratoire

HTA, dyslipidémie, Tabagisme ancien sevré

- **TAD:** KARDEGIC 75mg, RENITEC 20mg 1/2cp /j, BISOPROLOL 2,5mg, INIPOMP 20mg, SEROPLEX 20mg, TAHOR 40mg, INNOVAIR, VENTOLINE, paracetamol, macrogol, ZYMAD D



- **Mode de vie:** ancien mineur de fond

Vit au domicile avec épouse, marche avec déambulateur 2 roues sur un périmètre restreint (10 à 20m) et ne sort plus du domicile

Dyspnée s'aggravant aux moindres efforts, NYHA III le limitant dans ses activités

IDE pour pilulier 1x/semaine, l'épouse lui donne les traitements devant des troubles cognitifs non explorés depuis environ 2 ans

Aide partielle de l'épouse pour la toilette, il mange seul

Fuites urinaires partielles



- **Evaluation gériatrique** dans le cadre de l'HDJ pré-TAVI :
 - ADL 4,5/6
 - **Troubles cognitifs** évoluant depuis 2 ans sur un mode apathique/passif pour les loisirs et avq
 - Pas de troubles du comportement, pas d'agressivité ni changement d'humeur
 - Baisse des capacités attentionnelles
 - Pas de troubles du Sommeil
 - MMSE 24/30 (calcul mental et rappel des mots), D 10/10, H 5/7
 - Pas de tristesse de **l'humeur**, patient plutôt jovial
 - GDS 5/15



- **Nutritionnel:**

Pas de perte d'appétit et enquête alimentaire satisfaisante, pas de perte de poids dans l'année

IMC 27kg/m²

Albumine 37g/L, gripp test > 20 bilatéral

- **Pas de chute** mais beaucoup de déséquilibres quotidiens

5 levés de chaises > 30sec

Marche à petits pas avec des pieds collés au sol et freezing bilatéral

Ralentissement vitesse de marche, ½ tour décomposé

Pas de syndrome extra-pyramidal



- Qu'évoquez-vous devant la triade troubles cognitifs, fuites urinaires et trouble de la marche ?
- Considérez-vous le patient comme Fragile ?
- EFT 3 soit 28% de mortalité à 1 an post-TAVI
- Pensez-vous qu'il faut réaliser le TAVI chez ce patient ?



DONC:

Fragilité gériatrique certaine, avec une limitation dans la réalisation des AVQ en lien avec la dyspnée rattachée au RAC
mais aussi à une probable HPN

Propositions faites au patient:

- Réaliser le TAVI dans un 1^{er} temps
- Avis neurologique confirmant le diagnostic possible d'HPN

Proposition d'IRM cérébrale et de PL déplétive rapidement après le TAVI afin d'améliorer la mobilité

Poursuite de l'exploration cognitive à distance

- Prise en charge par l'ESPRAD et kiné motrice au domicile
- Conseils et Prévention, mise en place de matériel au domicile...



- **Consultation post-TAVI à 6 mois:**
 - Pas de complications procédurales et bon fonctionnement de la prothèse
 - Amélioration de la mobilité selon bilan ESPRAD (marche sans aide technique au domicile, sort dans le jardin et dans le quartier accompagné)
 - Diminution des fuites urinaires
 - Poursuite du bilan des troubles cognitifs devant la persistance des troubles cognitifs, sans aggravation



Cas clinique 2

- Me S.Karine, 80 ans, découverte de RAC serré FEVG préservée à l'occasion d'une hospitalisation pour COVID surinfecté et décompensation cardiaque

- **Antécédents:**

Notion de BPCO et emphysème pulmonaire sous O2 2L/min h24

SAOS appareillé

Diabète type II NID HBa1c 8,4%

AOMI stenté fémoral externe G en 2018, endartériectomie ACL droite en 2014

TAD: NEBIVOLOL 5mg, IPERTEN 10mg, K75mg, JARDIANCE 10mg,
SPIRONOLACTONE 12,5mg, DULOXETINE 30mg , SKENAN LP 30mg/j et
ACTISKENAN



- Perte d'autonomie majeure depuis la sortie d'hospitalisation du SMR nécessitant une **entrée en EHPAD**
- **Patiente ayant déjà bénéficié des examens complémentaires pré-TAVI au cours de l'hospitalisation**

Notamment EFR retrouvant un TVR et altération sévère des échanges gazeux, TDM pré-TAVI (anatomie favorable)

- **Autonomie limitée** en lien avec la dyspnée majeure, patiente nécessitant une aide pour tous les avq, ADL 4/6
- Marche autonome sur 10m avec le déambulateur 4 roues
- Fuites urinaires partielles, elle mange seule

Conseillez-vous le TAVI ?



Donc: patiente dépendante, limitation majeure dans les AVQ et dyspnée en lien avec la pathologie pulmonaire évoluée pour laquelle les bénéfices ne sont pas attendus après réalisation du TAVI

Plan de soin proposé:

- Privilégier la qualité de vie et le confort: poursuite du maintien de la mobilité à l'EHPAD, de la prise en charge de la dénutrition et soutien psychologique
- TAVI non conseillé

MAIS: patiente misant beaucoup d'espoir sur le TAVI et souhaite absolument de bénéficier de l'intervention

Qu'auriez-vous fait ?



- Pas de conflits d'intérêts



MERCI !