

Prise en charge chez la personne âgée

La sténose aortique

La sténose aortique est la valvulopathie la plus fréquemment rencontrée dans les pays occidentaux. Dans la majorité des cas, cette pathologie résulte d'un processus dégénératif progressif engendrant une calcification progressive de la valve. Ce phénomène entraîne une rigidité des feuillets dont l'ouverture se trouve ainsi limitée. La surface d'ouverture aortique se situe normalement entre 3 et 4 cm² chez le sujet sain. En début de processus, quand la surface d'ouverture est diminuée de manière non significative, il est fait mention de sclérose aortique. Une surface d'ouverture entre 1.5 et 1 cm² constitue une sténose modérée, alors qu'on est en présence d'une sténose sévère en dessous d'1 cm². Près de 30% des personnes âgées présentent une sclérose aortique et entre 2 et 7% des personnes des plus de 65 ans présentent une sténose aortique sévère (1), ce qui représente une incidence très importante dans la population gériatrique.

Les symptômes typiques du rétrécissement aortique sont l'angine de poitrine, la syncope et l'insuffisance cardiaque. Cependant, chez certains patients, une sténose aortique, même sévère, peut demeurer longtemps asymptomatique. Cette constellation est de bon pronostic avec un risque annuel de mort subite < 1%. L'apparition des symptômes marque un tournant dans l'évolution de la maladie. En effet, le pronostic devient alors défavorable avec une mortalité à une année de 50% chez les patients non traités (2). Ces chiffres mettent en exergue l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée de la sténose aortique sévère symptomatique.

Traitement

Il n'existe à ce jour aucune thérapie médicamenteuse agissant de manière efficace sur la progression de cette pathologie. Un traitement médicamenteux symptomatique des symptômes d'insuffisance cardiaque par diurétiques et IEC peut être introduit avec prudence. Cependant le remplacement de la valve aortique constitue le traitement de choix de la sténose aortique sévère symptomatique. Il a été démontré que cette intervention permettait d'une part de traiter efficacement les symptômes et d'améliorer substantiellement la qualité de vie, et d'autre part de ramener la survie à un niveau comparable à celle de la population générale de la même classe d'âge, en particulier pour les personnes âgées (3).

L'âge constitue l'un des facteurs contribuant à une mortalité opératoire augmentée, qui passe de 1-2% chez les



Fig. 1: Edwards Sapien

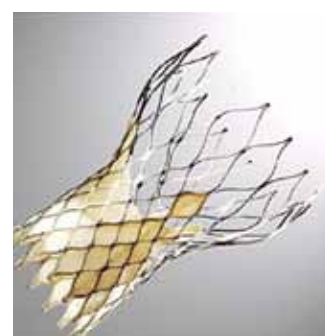
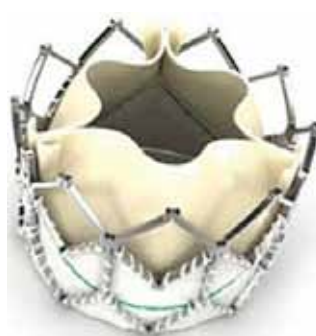


Fig. 2: Medtronic Corevalve



Dr Stéphanie
Perruchoud Fluri
Lausanne



Dr Maxime
Tapponnier
Lausanne



Dr Didier
Locca
Lausanne

patients de moins de 70 ans à 4-8% chez les patients plus âgés (4). Cependant, il a été démontré que le remplacement de la valve aortique prolongeait la survie et améliorait la qualité de vie chez une population sélectionnée de plus de 80 ans (5). Ainsi l'âge ne constitue en aucun cas une contre-indication à cette procédure. Il existe différents scores permettant d'estimer la mortalité opératoire, tels que l'Euroscore logistic ou le score STS, qui sont disponibles online. Environ 1/3 des patients sont récusés pour remplacement valvulaire (RVA) chirurgical traditionnel par sternotomie, en raison de l'âge avancé, d'une altération de la fonction cardiaque, des comorbidités ou de la fragilité du patient. Le type de prothèse valvulaire implantée chez les individus de plus de 65 ans est biologique, ainsi les patients ne sont pas soumis à une anticoagulation orale à long terme. Jusqu'à récemment, les recommandations préconisaient un traitement par antagoniste de la vitamine K durant 3 mois, cette position a été revue dans les dernières recommandations qui proposent comme alternative 3 mois d'aspirine (3).

Valvuloplastie

Elle est une procédure percutanée qui consiste à élargir la valve mécaniquement en gonflant un ballon après l'avoir introduit dans l'orifice valvulaire rétréci afin d'en augmenter la surface. Cette méthode est actuellement réservée à de très rares indications en raison du taux de complications rédhibitoire ainsi que de l'absence d'amélioration en terme pronostic avec une amélioration hémodynamique transitoire

Valves transcatheters

Récemment le développement des valves transcatheters « Transcatheter Aortic Valve Implantation » (TAVI) a constitué un tournant majeur dans la prise en charge de la sténose aortique sévère chez les patients âgés à haut risque opératoire. Le TAVI est une technique d'implantation de valve « stent » (fig. 1 et 2) qui peut être effectuée par voie transfémorale (2/3 des patients), ou par voie transapicale (ponction de l'apex du cœur) ou transaortique lorsque les axes vasculaires ne permettent pas une approche par les axes fémoraux. Cette méthode permet donc un remplacement de la valve aortique peu invasif comparé à la chirurgie traditionnelle avec un séjour hospitalier plus court et une mobilisation rapide des patients. Le TAVI a été développé depuis le début des années 2000 et a été implanté de manière percutanée pour la première fois chez l'homme en 2002 mais les premières données ayant validé son application ont été publiées récemment. Les résultats de l'étude PARTNER ont particulièrement constitué une pierre angulaire du développement et de la généralisation du TAVI. Cette étude a démontré d'une part que le TAVI permettait une diminution significative de la mortalité de toutes causes et des réhospitalisations à une année chez une population à haut risque récusée pour une chirurgie conventionnelle. D'autre part, dans une population de patients opérables randomisés soit au remplacement valvulaire chirurgical standard soit au TAVI, cette dernière était non-inférieure en termes de mortalité de toute cause à 1 an.

Actuellement, en raison du manque de recul dû au développement récent du TAVI, les indications s'élargissent mais restent encore limitées. En effet, selon les recommandations de la société européenne de cardiologie (3), cette procédure s'adresse à des patients atteints d'une sténose aortique sévère symptomatique mais n'étant pas éligibles pour une RVA chirurgical classique en raison d'un profil de risque trop élevé dû à leurs comorbidités et ayant une espérance de vie d'un an au moins. Selon les recommandations européennes, l'éligibilité d'un patient pour une TAVI est une décision multidisciplinaire qui doit être prise par un « heart team ». Ceci démontre la difficulté d'une sélection objective des patients susceptibles de bénéficier de cette intervention, due principalement à l'absence de score pronostic validé pour l'évaluation du risque de la procédure et de l'évolution post-opératoire. En effet, jusqu'à récemment, le risque était calculé par les scores STS et EuroScore Logistic. Un score EuroScore Logistic >20% et un score STS >10% sont considérés comme posant l'indication à un TAVI. Ces scores ont été conçus pour la chirurgie et il a été démontré qu'ils surestimaient largement la mortalité opératoire du TAVI. Récemment, plusieurs groupes ont proposé des outils ciblés sur la population gériatrique, comme par exemple le MGA (multidimensional geriatric assessment) qui permet d'évaluer de manière plus précise la mortalité et les complications majeures d'une telle procédure (8) ou le score SHERPA qui évalue de manière ciblée la mortalité à une année. De plus, l'évaluation de l'évolution fonctionnelle des patients avec des outils tels que le « frailty index » a été validée et permet également de cibler plus précisément les patients susceptibles de bénéficier d'un TAVI (9).

Dans un futur proche, grâce aux avancées en termes de matériel et l'expérience acquise par les opérateurs, il est vraisemblable que l'indication à cette procédure s'étende à des patients avec un profil de risque moyen. L'implication des spécialistes en gériatrie est donc clé en termes d'évaluation des patients et de pronostic.

Résumé

La sténose aortique sévère est une affection très fréquente et évolutive de la population gériatrique, qui engendre une limitation majeure de la qualité de vie ainsi qu'une mortalité importante à une année. Il n'existe aucune thérapie conservatrice susceptible d'en influencer l'évolution. La thérapie de choix pour les patients avec un risque opératoire raisonnable reste le RVA chirurgical. Cependant, l'apparition récente du TAVI a révolutionné la prise en charge des patients âgés dont les comorbidités en font des candidats chirurgicaux à haut risque. Cette méthode a été validée par des études comme étant sûre et efficace. L'indication à cette intervention se limite actuellement à des patients récusés pour une RVA classique en raison de leur profil de risque trop important. La décision se fait par un « heart team » car les scores utilisés actuellement ne permettent pas d'évaluation globale du risque et du bénéfice de cette intervention. Cependant, des outils permettant de mieux sélectionner les candidats sont actuellement en développement.

Dr Stéphanie Perruchoud Fluri

Chef de Clinique, Service de cardiologie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne
Stephanie.Perruchoud@chuv.ch

Dr Maxime Taponnier

Chef de Clinique, Service de cardiologie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne
maxime.taponnier@hopitalvs.ch

Dr Didier Locca, MER

Médecin associé, Service de cardiologie
Unité de cardiologie interventionnelle et d'IRM cardiaque
Coordinateur du programme de remplacement valvulaire aortique transcatheter (TAVI)
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne
Didier.Locca@chuv.ch

+ **Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

+ **Références:**

sur notre site internet : www.medinfo-verlag.ch

Message à retenir

- ◆ La sténose aortique sévère symptomatique est une affection fréquente chez la population gériatrique et associée à un mauvais pronostic avec une mortalité avoisinant 50% à une année
- ◆ Le remplacement de la valve aortique permet ramener la mortalité à des valeurs comparables à celles de la population générale de la même tranche d'âge
- ◆ Si le remplacement chirurgical reste la thérapie de choix pour les patients avec un risque opératoire limité, le développement du TAVI a permis à de nombreux patients à haut risque de bénéficier d'un remplacement de la valve aortique
- ◆ Les résultats des TAVI pratiqués jusqu'à présent montrent qu'il s'agit d'une procédure sûre et efficace et pourraient permettre à l'avenir une application plus large de cette technique

Références

1. Freeman RV, Otto CM. Spectrum of calcific aortic valve disease. Pathogenesis, disease progression, and treatment strategies. *Circulation* 2005;111:3316
2. Leon MB et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery; PARTNER Trial Investigators. *N Engl J Med*. 2010 Oct 21;363(17):1597-607
3. Vahanian A et al. Guidelines on the management of valvular heart disease version. *Eur Heart J* 2012;33:2451-2496
4. Cribier A et al. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. *Circulation* 2002;106:3006-8
5. Chukwuemeka A et al. Valve surgery in octogenarians: a safe option with good medium-term results. *J Heart Valve Dis* 2006;15:191-6