

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000000176
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
<b>Protocole clinique TAVI relatif à la surveillance et traitements post-intervention immédiats</b>		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 21/10/2021

## 1. Définitions (Objet et contexte)

Surveillance post-interventionnelle des patients bénéficiant de TAVI (valve aortique percutanée)

## 2. Domaine d'application et portée

Sténose aortique sévère chez patient à haut risque de complications péri-interventionnelles

## 3. Déroulement

### Anesthésie :

- Analgo-sédation par Dexmédétomidine (Dexdor®) ou propofol (AIVOC), avec complément d'opiacés (sufentanil en bolus ou infusion de rémifentanyl en AIVOC).
- Anesthésie générale (AIVOC : propofol + rémifentanyl).

### Equipement habituel

- Le patient vient équipé d'un (ou deux) VVP, cathéter artériel.
- 1 introducteur pour le pacemaker endocavitaire provisoire (via la veine jugulaire et sonde vissée à l'apex du VD).

### Durée habituelle du séjour SINPI post TAVI :

16-20 heures environ (fin de journée + nuit)

### Examens et labo :

- **A l'arrivée** : ECG, gazométrie et radio thorax (si indiquée) + Labo: **ordre à bouton : bilan SINPI TAVI arrivée.**
- Premier labo d'hémostase 4 heures post intervention.
- Gazométrie aux 4 heures jusqu'à la sortie des SINPI.
- **A J+1** : ECG, gazométrie + Labo: **ordre à bouton : bilan SINPI TAVI J1.**

## Surveillance ECG

- ⇒ **Risque de trouble de conduction Bloc Atrio-Ventriculaire (BAV) complet et bloc de branche).**
- Pacemaker (PM) provisoire reste en place durant 2 à 5 jours.
  - Le pacemaker endoveineux est le plus souvent connecté à un boîtier réglé en sentinelle à une fréquence de 40/min ou en fonction des besoins si BAV durant la procédure. **Contrôle et réglage possible par les cardiotechniciens uniquement.**
  - Retrait du PM lorsque le patient est à l'étage et selon ordre du cardiologue.
  - Rarement, possibilité d'avoir un pacemaker à ballonnet flottant dans le VD et connecté à un boîtier de pacemaker externe
  - Risque d'obstruction des artères coronaires - **Surveillance des douleurs et/ou gênes thoraciques.**

## Surveillance hémodynamique

- **Pression (PASyst 110 – 140 mmHg; PAM 70-100% valeurs pré-TAVI),**
- ⇒ **Hypotension : Risque d'hypovolémie et/ou d'hémorragie** (tamponnade, saignement au point de ponction fémoral, hématome rétropéritonéal, dissection aortique).
- Contrôle des points de ponction fémoraux (Intro 14 F voire 18F et intro 6F), jugulaire (PM) et radial droite (mise en place durant la procédure de la protection cérébrale *Sentinel*) ou autres sources d'hémorragie (GI, urinaire etc.).
  - Dégonflage et ablation du TR band radial selon le protocole institutionnel des HUG.
  - **Echocardiographie** transthoracique si hypotension persistante (>1/2 h) malgré remplissage volémique → **exclure un épanchement péricardique**, documenter l'hypovolémie (mal tolérée chez des patients avec petit VG hypertrophique et hyperdynamique. Appeler la **garde de cardio au 32610.**
- ⇒ **Hypertension : Risque de saignement au niveau des points de ponctions**
- **But : TAS < 150 mmHg.**

## Surveillance neurologique - Risque d'AVC

- Surveillance clinique : 1x/h pendant 6 premières heures, ensuite 1x/2h
  - Fonction neuro-cognitive (par ex. confusion, délire), dysarthrie, aphasie
  - Symétrie de la face, force & sensibilité des 4 membres.
- *En cas de suspicion clinique* → consultation neurologique et CT Scan en urgence (protocole lyse) → si l'AVC est confirmé cliniquement et/ou radiologiquement : évaluer de façon multidisciplinaire (soins intermédiaires/soins intensifs, cardiologues, neurologues, neuroradiologues) en urgence l'indication à une fibrinolyse et/ou embolectomie par cathéter.

## Surveillance locale et Mobilisation

- ⇒ **Risque d'hématome au point de ponction, d'hémorragie et d'ischémie des membres inférieures**
- Surveillance du point de ponction et pouls pédieux aux **20 minutes** durant les **2 premières heures** puis **aux heures** durant **6 heures**.
  - *Surveillance du(es) membre(s) - (coloration, chaleur, douleur).*
  - Lit strict et pansement compressif pendant 6 heures : Premières 4 heures - à plat avec la tête à 20° maximum.
  - Premier levé le matin du J+1 avant de retourner à l'étage - si pas de saignement ou instabilité hémodynamique

## Médication patient sans indication à une anticoagulation (AC) chronique :

- ⇒ **Antiagrégants (J0)** : dès déglutition satisfaisante et en l'absence de saignement
- Aspirine cardio 100mg, 1x/jour à vie.
- ⇒ **Anticoagulation prophylactique (J+1)** : en l'absence de saignement
- *Prophylaxie anti-thrombotique par Cléxane 40 mg sc/j*
- ⇒ **Plavix** *seulement en cas de stenting coronarien ou périphérique avec dose de charge de 300 ou 600 mg, puis 75 mg/j selon avis opérateur.*

## Médication patient avec indication à une anticoagulation chronique thérapeutique:

Si indication pré-interventionnelle (par ex. : valve mécanique mitrale, FA). Reprise héparine 6-10h post intervention ou selon avis opérateur et sans bolus en visant la limite inférieure du thérapeutique (Anti-Xa 0.3-0.4 ; PTT à 45-50 sec).

- Aspirine cardio 100mg, 1x/jour pendant l'hospitalisation.
- Pas de plavix
- NB : L'anticoagulation (l'AC) n'est pas nécessaire pour la bioprothèse aortique.

⇒ **Reprise des traitements habituels** : à réévaluer selon l'état clinique du patient.

**Cave bêtabloquants (BB) et risque de BAV** : en cas d'indication à des BB (maladie coronarienne significative ou FA tachycarde) → reprise à dose progressive **en l'absence de nouveau bloc de branche ou BAV**.

## Réalimentation

**Si pas de complications**: dès réveil complet

## Avant de monter le patient à l'étage en division à J+1

Ablation du cathéter artériel (le patient retourne en division avec le pacemaker provisoire en place).

## Pour toutes informations ciblées :

Voir le rapport de l'intervention sur DPI « Résumé de la prise en charge / Propositions »

Au moindre doute appeler **le cardiologue interventionnel (33149)**, **la garde de cardio (32610)** ou **l'infirmière coordinatrice (35387)**.

## 4. Auteurs

Noble S. – Médecin adjoint agrégé responsable d'unité, D-MED  
Frei A. – Case manager, D-MED  
Licker M. – Médecin adjoint agrégé, D-MA  
Walder B. – Médecin adjoint agrégé, D-MA

## 8. Relecture et validation

Référentiel médico-soignant (RMS)

*Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.*

*Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.*