

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000000177
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
Protocole clinique MitraClip® relatif à la surveillance et traitements post-intervention immédiats		
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-procédure des patients ayant bénéficié du traitement percutané d'une insuffisance mitrale par le système MitraClip®.

2. Déroulement

Anesthésie

Anesthésie générale

Equipement habituel

Le patient vient équipé d'une VVP et d'un cathéter artériel

Durée de séjour aux soins intermédiaires

18 heures environ (fin de journée + nuit)

Examens et labo :

- **A l'arrivée** : ECG, gazométrie et **radio thorax** + Labo: CK, troponine, ProBNP, urée, créatinine, Na, K, Glu, bilirubine, albumine, Hb, Lc répat, Tc (**ordre à bouton : bilan SINPI TAVI arrivée**).
- Premier labo d'hémostase (= crase) 4 heures post intervention.
- **Gazométrie** aux 4 heures jusqu'à la sortie des SINPI.
- **A J1** : ECG, gazométrie + Labo: CK, troponine, ProBNP, urée, créatinine, Na, K, Glu, CRP, bilirubine, albumine, Hb, Lc répat, Tc et hémostase (**ordre à bouton : bilan SINPI TAVI J1**),
- **A J1** : selon rapport de l'intervention pour les jours suivants.

Protocole clinique MitraClip® relatif à la surveillance et traitements post-intervention immédiats

Surveillance hémodynamique

- ⇒ **Hypotension** : Risque de saignement au point de ponction fémoral, ou tamponnade.
- Contrôler le point de ponction veineux fémoral (Intro 24 F), ou autres sources d'hémorragie (GI, urinaire, jugulaire (VVC) si présente etc.).
- En cas d'hypotension persistante → **ad échocardiographie** pour écarter épanchement péricardique et hypovolémie. Appeler la **garde de cardio au 32610**.
- ⇒ **Hypertension** : **TAS > 120mmHg** risque de décrochage du MitraClip.
- **But** : **TAS max 120 mmHg**. Reprise rapidement du traitement anti-hypertensif per-os. (voir médication ci-dessous) ou Trandate IV.

Surveillance neurologique - Risque d'AVC

- Surveillance clinique : symétrie de la face, motricité, force des 4 membres ainsi que la parole. Cave troubles de la vigilance ou agitation. Aux heures durant 6 heures, ensuite toutes les 2 heures.
- 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 de saignement ou d'hématome au point de ponction.**
- Surveillance du point de ponction.
 - Lit strict et pansement compressif **pendant 6 heures** : Premières 4 heures – à plat avec la tête à 20° maximum.
 - Premier levé le matin du J1 avant de retourner à l'étage - si pas de saignement ou instabilité hémodynamique ou de cathéter dans le pli inguinal

Protocole clinique MitraClip® relatif à la surveillance et traitements post-intervention immédiats

Médication

⇒ **Antiagrégants**

- Aspirine cardio 100mg : dès le lendemain matin de l'intervention. Traitement à poursuivre jusqu'à la sortie en cas d'anticoagulation thérapeutique, ou à vie si le patient ne bénéficie pas d'une anticoagulation thérapeutique.
- Plavix : administration dose de charge de 300 mg dès réveil complet en post-op seulement si le patient n'a pas une anti-agrégation par Plavix chronique ou anticoagulation thérapeutique. Puis Plavix 75 mg/j pour 1 mois habituellement en cas anticoagulation prophylactique.

⇒ **Anticoagulation – patients avec indication d'une anticoagulation chronique thérapeutique**

- Début de l'anticoagulation thérapeutique 4h post intervention (après prélèvement crase, mais sans attendre que le résultat soit disponible) si le patient était anticoagulé avant la procédure (par ex : FA, EP, valve mécanique) et ne présente pas de saignement actif (normalement Héparine 10-15'000 U/24h sans bolus; anti Xa cible 0.3 et 0.4, cf limite inférieure).

⇒ **Patients sans indication d'une anticoagulation chronique**

- Administration d'une anticoagulation prophylactique par Clexane 40 mg sc ou par calciparine 2x 5000ui à débiter 6h post op si le patient n'était pas anticoagulé avant l'intervention.
- ⇒ **IEC et Bêtabloqueur** (le gradient moyen résiduel est influencé par la fréquence cardiaque, idéalement FC < 70 bpm) **à reprendre** post procédure si TA le permet
- ⇒ **Traitement médicamenteux habituel** : reprise à réévaluer selon l'état clinique du patient.

Réalimentation

Si pas de complication: dès réveil complet.

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

Ablation cathéter artériel.

Protocole clinique MitraClip® relatif à la surveillance et traitements post-intervention immédiats

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)**, l'**infirmière coordinatrice (35387)**.

3. 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.