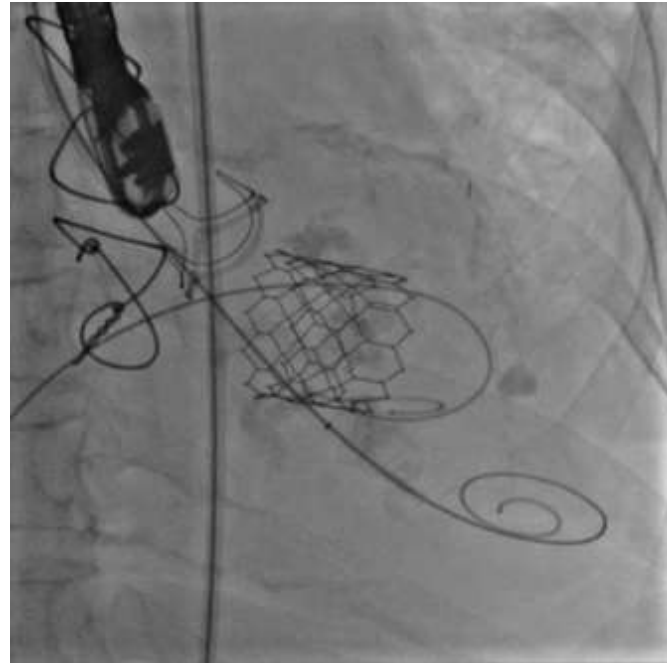


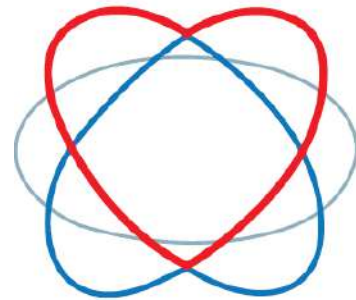
Guide de protection dans la chambre de chasse VG dans le TMVI



**Cavalerie Hugo, Casassus Frédéric, Wroblewski Stéphane, Boudou Nicolas, Leymarie Jean Louis,
Abergel Eric, Dubourg Benjamin, Darremont Olivier**

Clinique Saint Augustin

Bordeaux, France



**Cardiologie Médicale
et Interventionnelle
SAINT-AUGUSTIN**

Conflits d'intérêts

- Aucun

Mme W. 64 ans

Antécédents



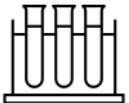
- 3 greffes rénales (dialyse débutée à l'âge de 16 ans), AOMI,
- Néoplasie sein gauche opérée + Radio-chimiothérapie



Facteurs de risque : HTA



Clinique: Dyspnée stade 3 NYHA



Biologie: Créatinine: 108 $\mu\text{mol/l}$, DFG: 47 mL/min



Echocardiographie:

- Rétrécissement aortique serré calcifié / Rétrécissement mitral serré calcifié
- FEVG à 70%, HVG concentrique non obstructive

Chirurgie cardiaque

- Remplacement valvulaire aortique chirurgical (Carpentier Edwards Magna Ease 23)
- 2 pontages (MIG/IVA, MID/PL)

Appareil mitral très calcifié ne permettant pas un remplacement valvulaire



+ 2 semaines:

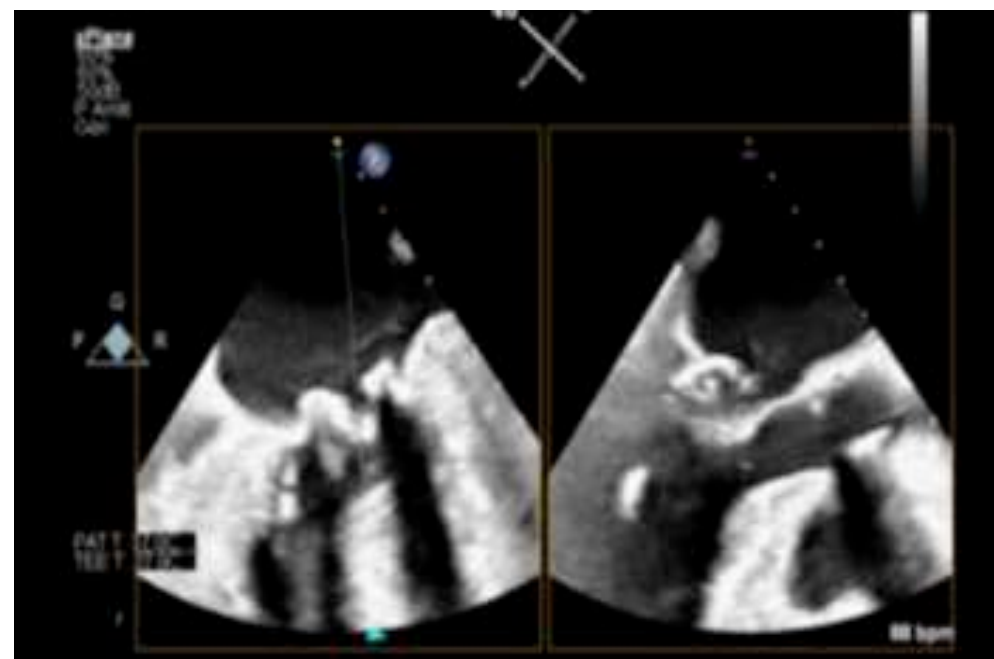
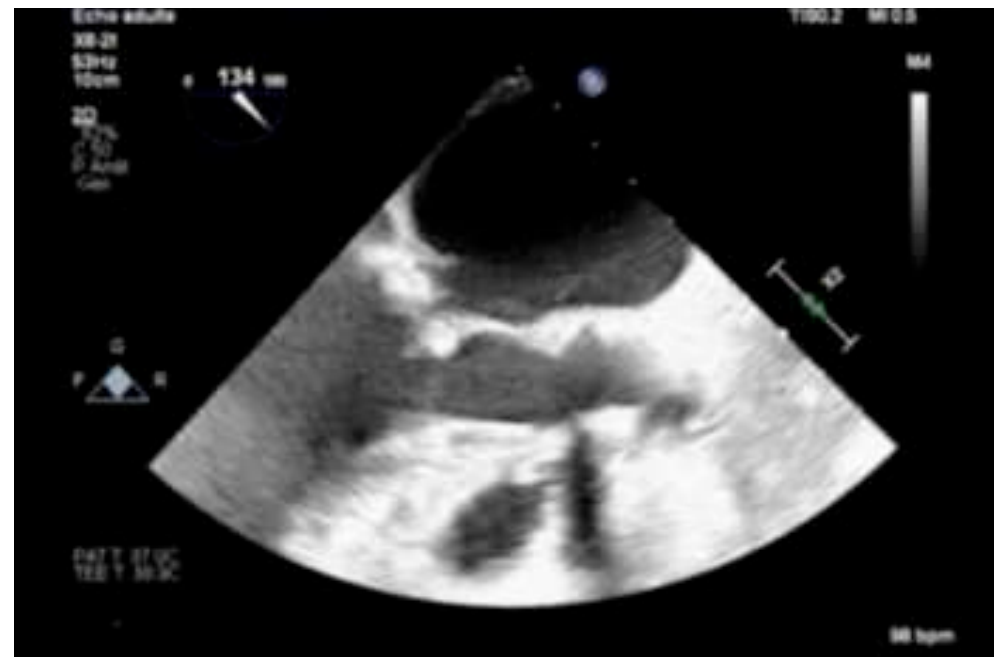
OAP avec dépendance aux diurétiques IV



Echocardiographie

- ❖ FEVG: 71%
- ❖ Petite cavité VG avec remodelage concentrique
- ❖ Bioprothèse aortique fonctionnelle
- ❖ **Rétrécissement mitral serré calcifié:**

Gradient moyen: 15 mmHg, surface 1,01 cm²

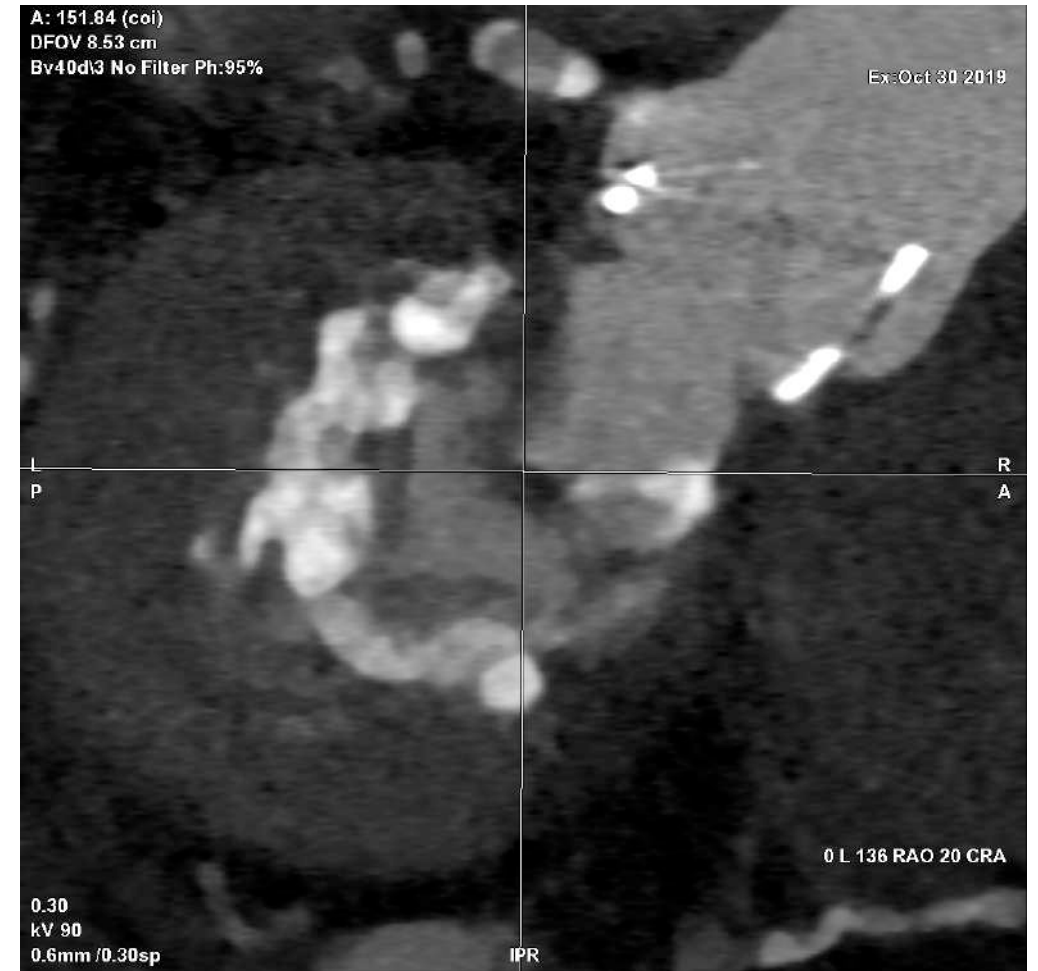
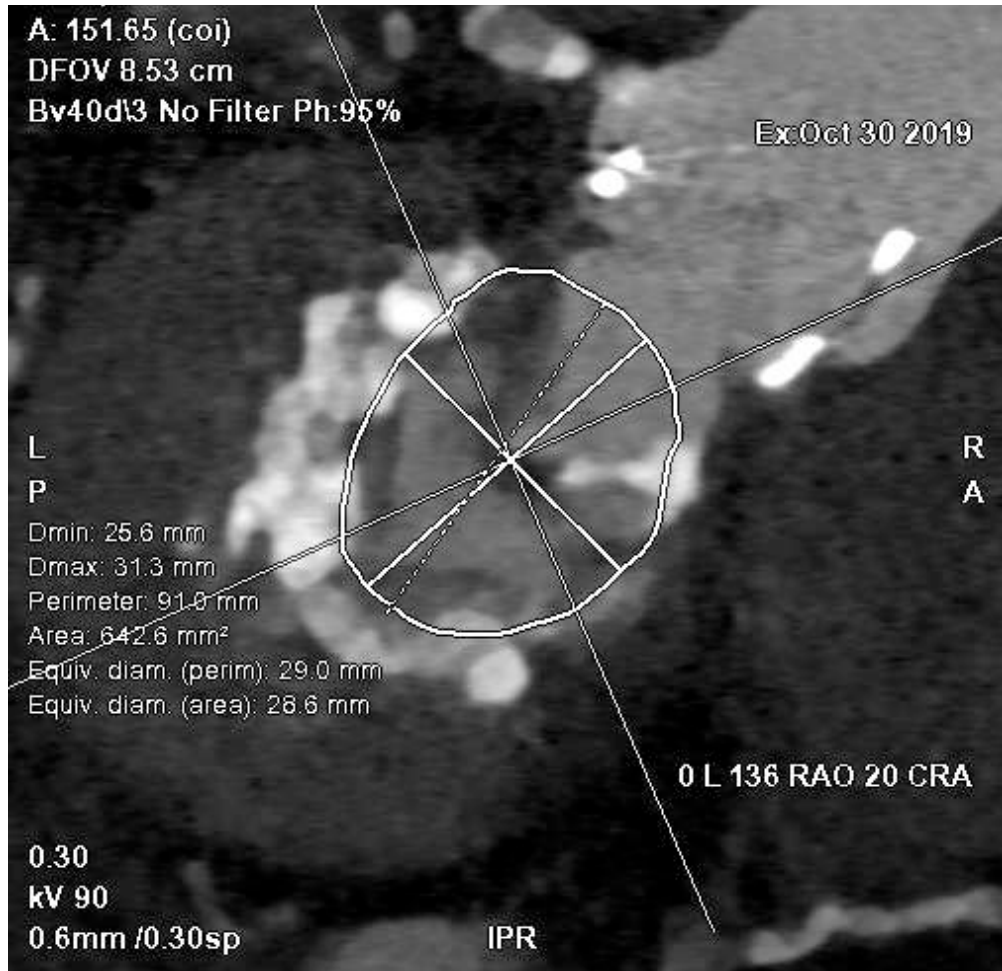


Discussion pluridisciplinaire

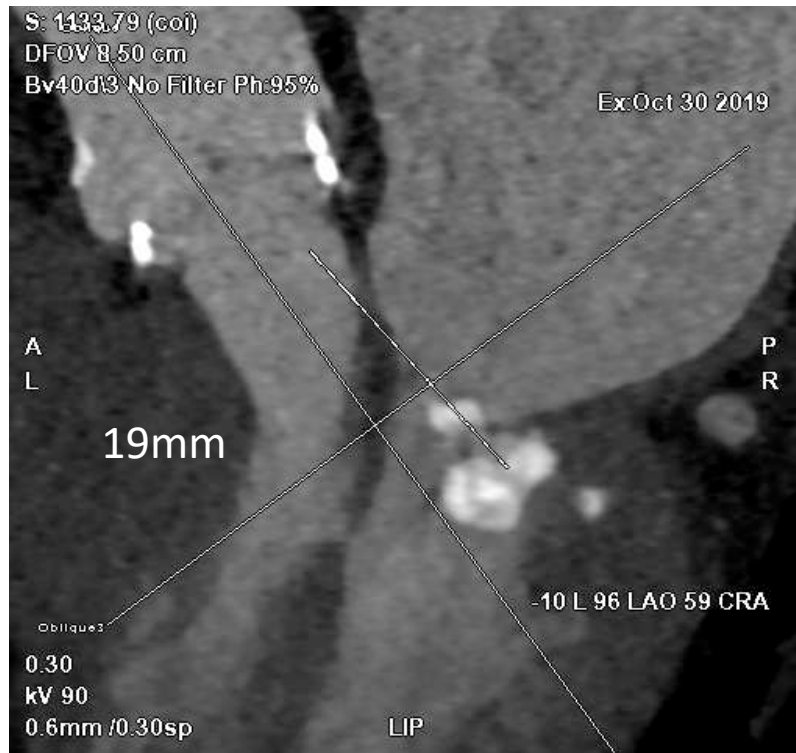
Décision de réaliser un TMVI (Valve in Mac)

TDM cardiaque

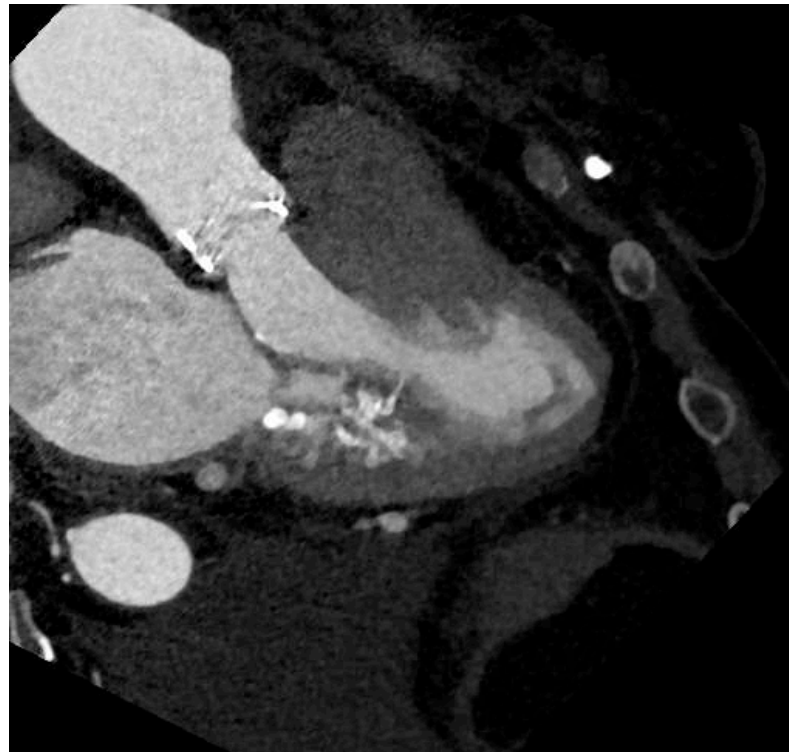
Paramètres valvulaires et calcifications mitrales



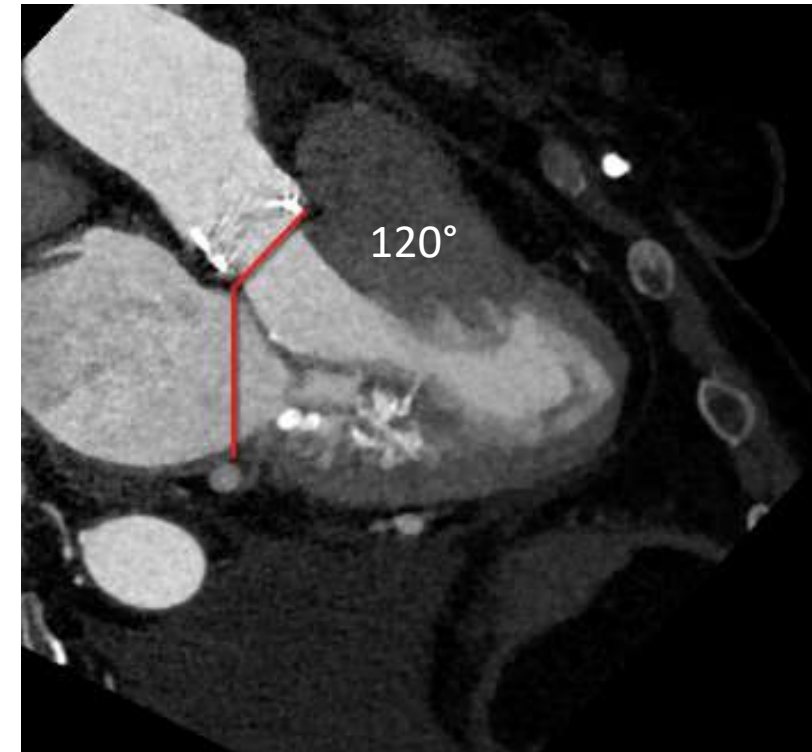
TDM cardiaque



Petite CCVG



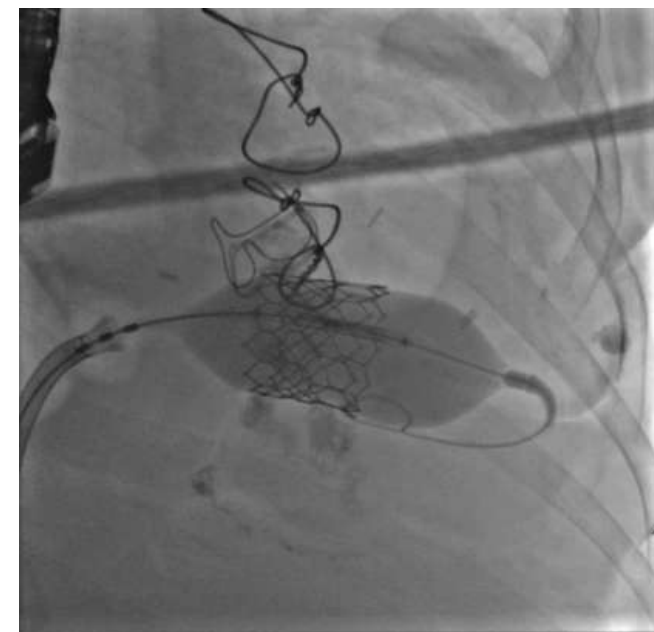
Petite cavité VG



Angle mitro-aortique fermé

TMVI (Valve in Mac)

Edwards SAPIEN 3 29 mm

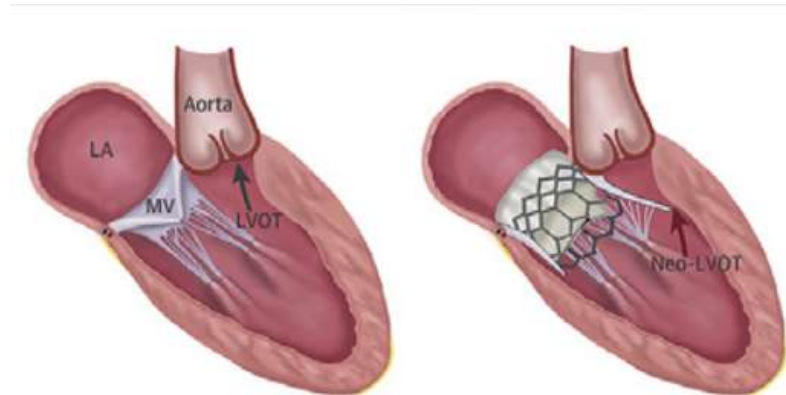


➔ Bas débit majeur avec quasi asystolie

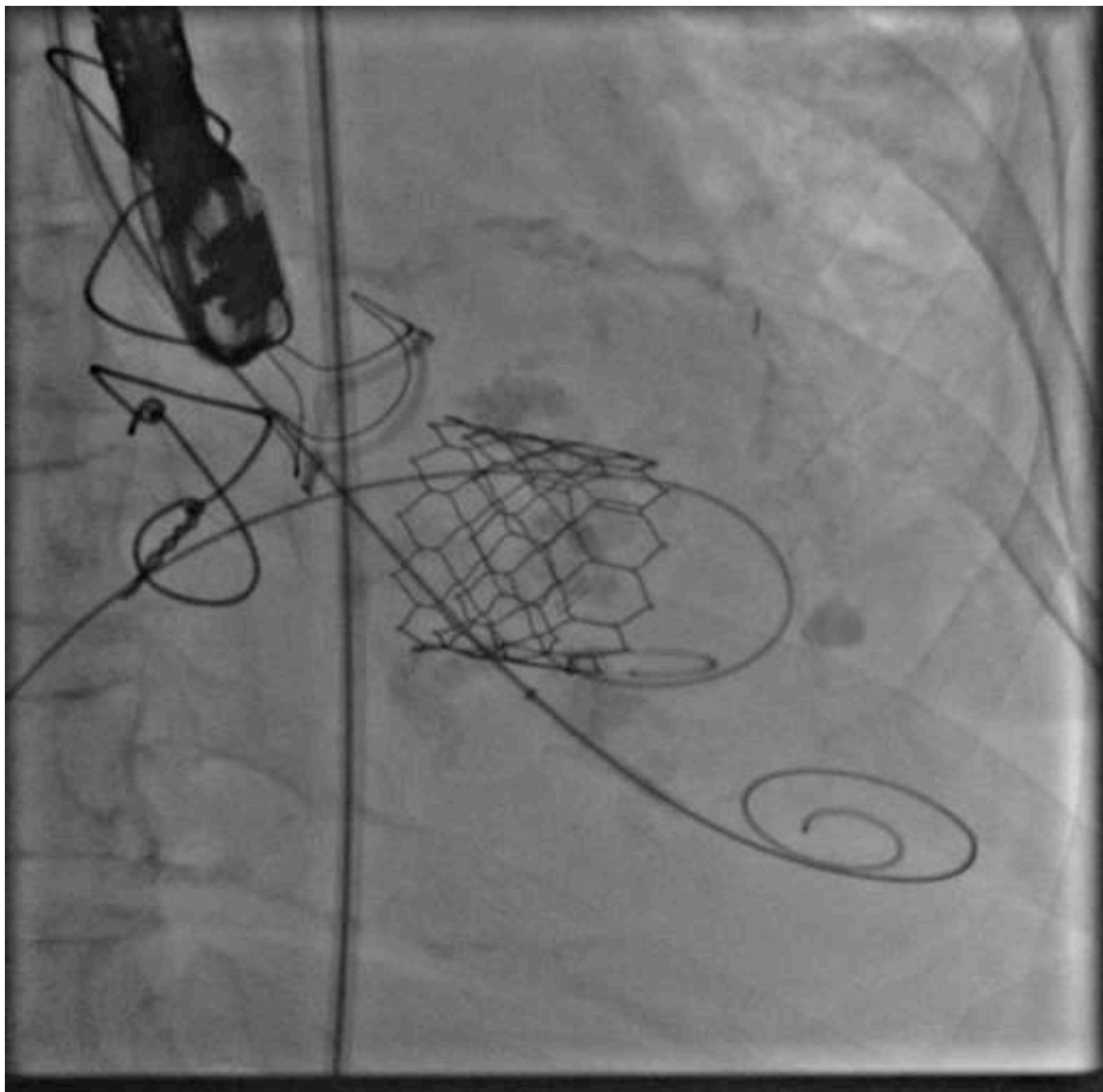
Début d'une réanimation cardio-pulmonaire

Adrénaline + MCE

Obstruction chambre de chasse VG



Dilatation au ballon 23 mm de la chambre de chasse VG



« Kissing balloon »

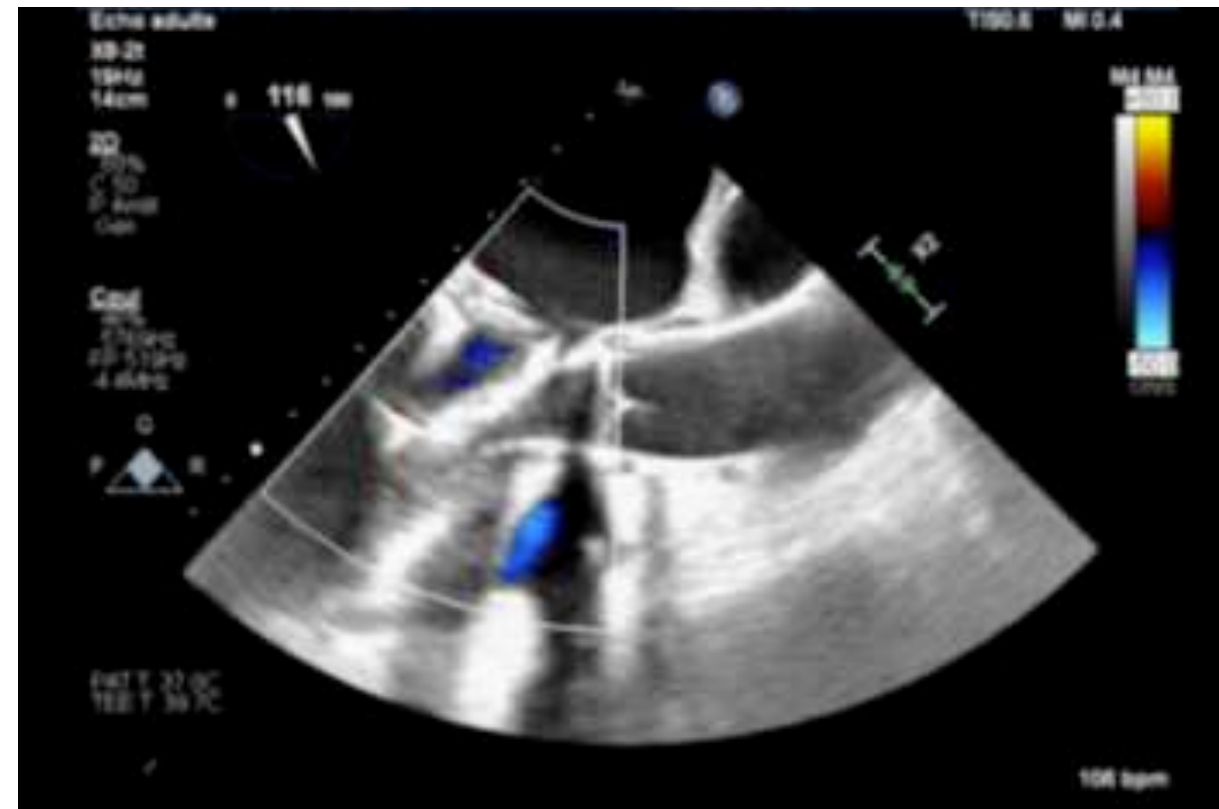
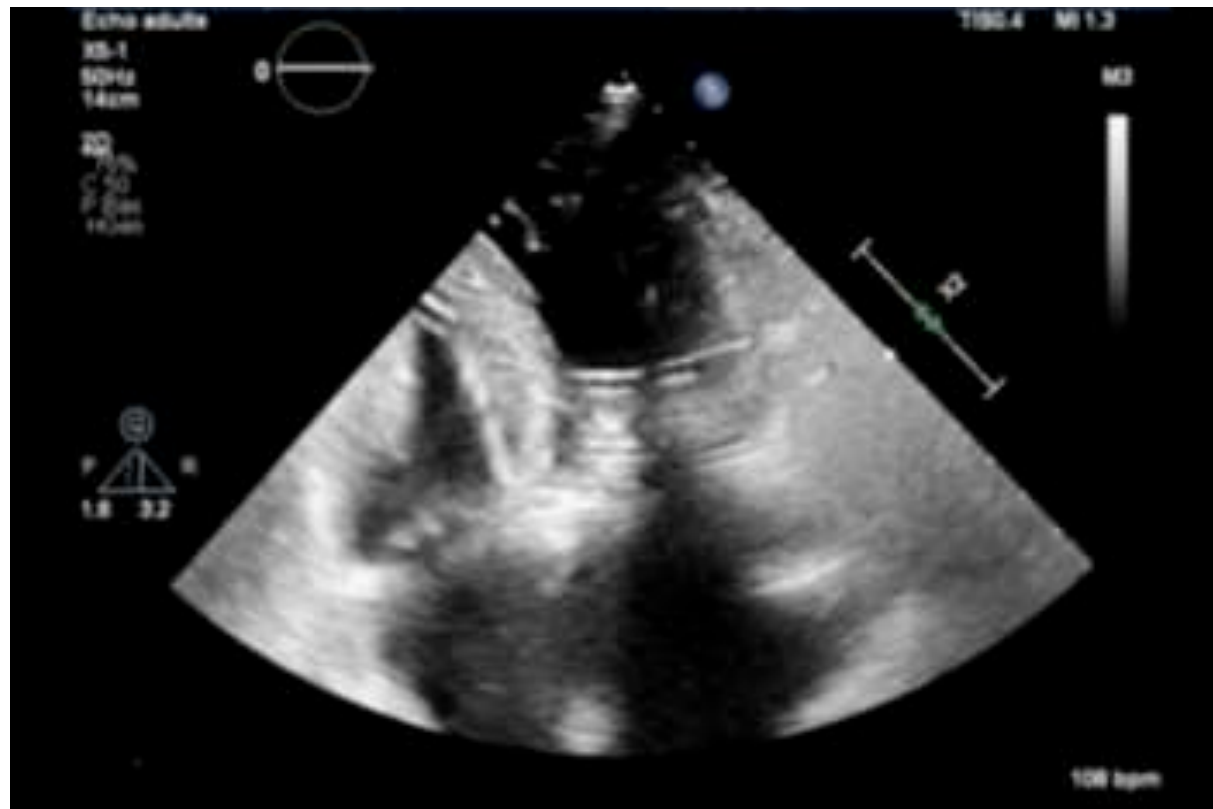
Réutilisation du ballon Edwards 29 mm

→ TMVI

Ballon de 23 mm

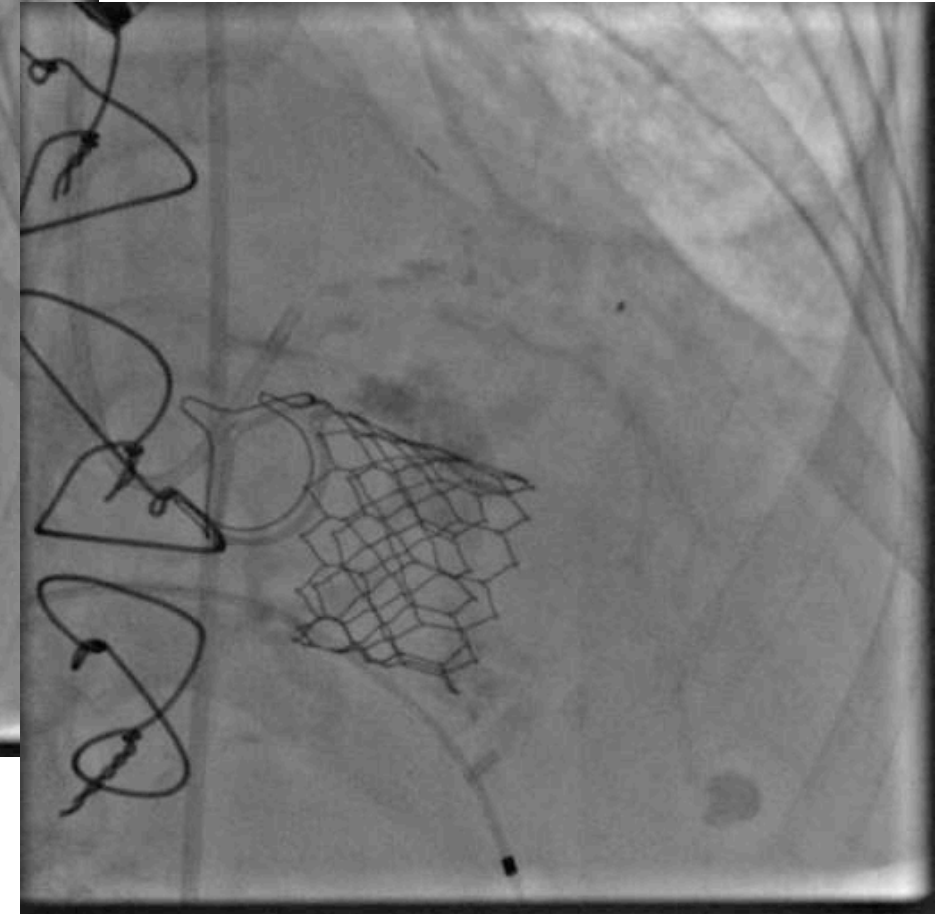
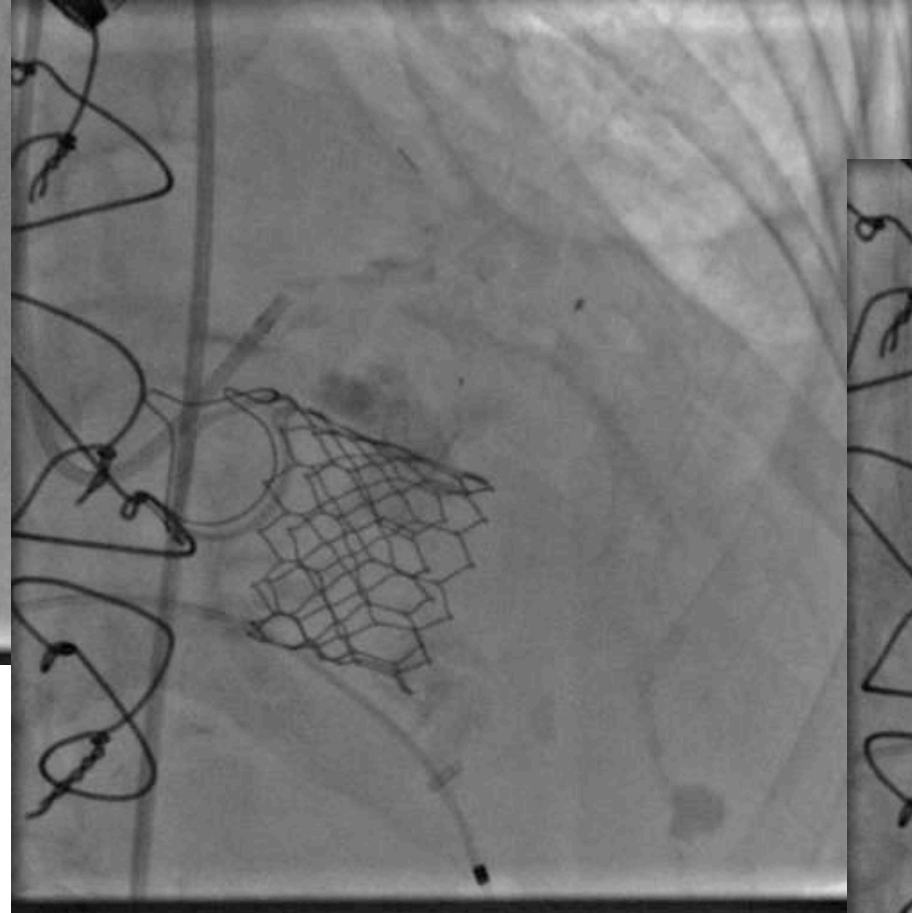
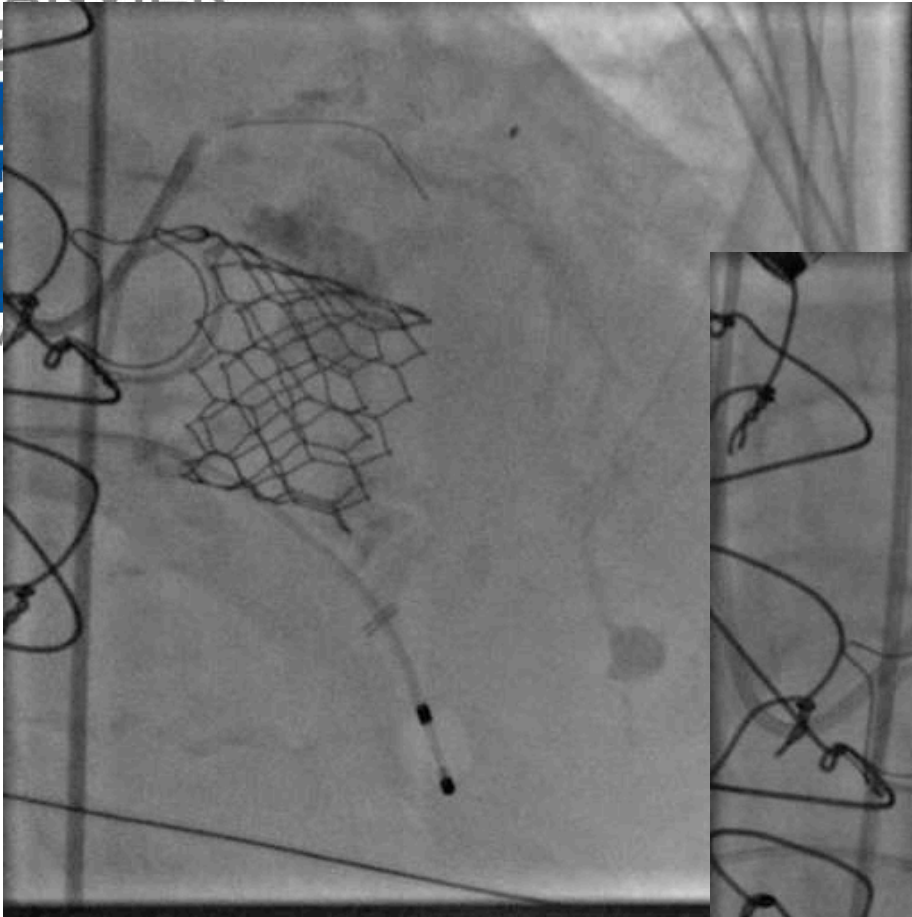
→ Chambre de chasse VG

Amélioration hémodynamique



Hypertrophie septale marquée

→ Alcoolisation septale complémentaire



SUITES

post procédure

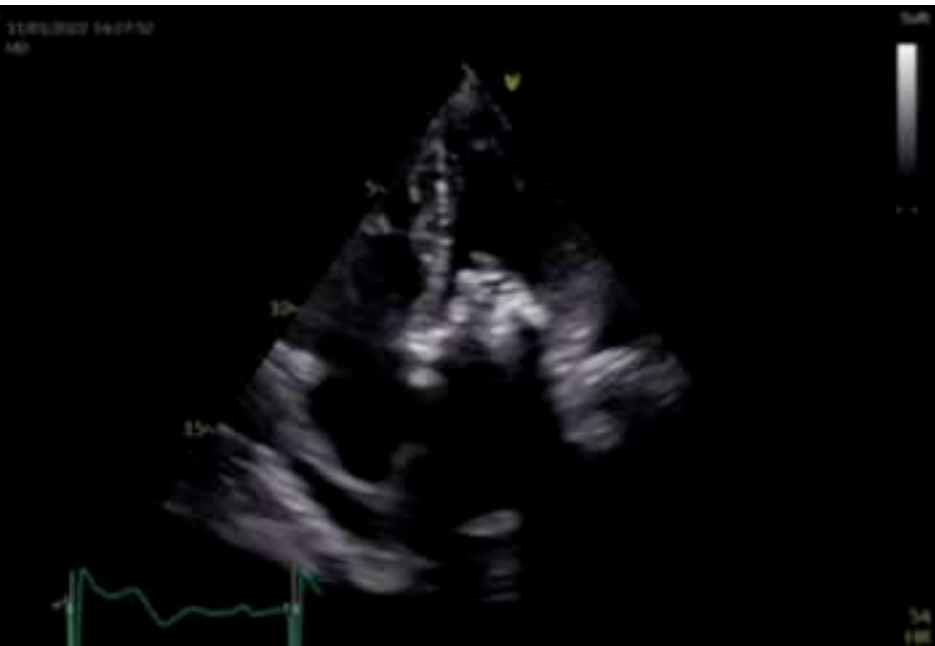
Sortie à J+13

FEVG 80%

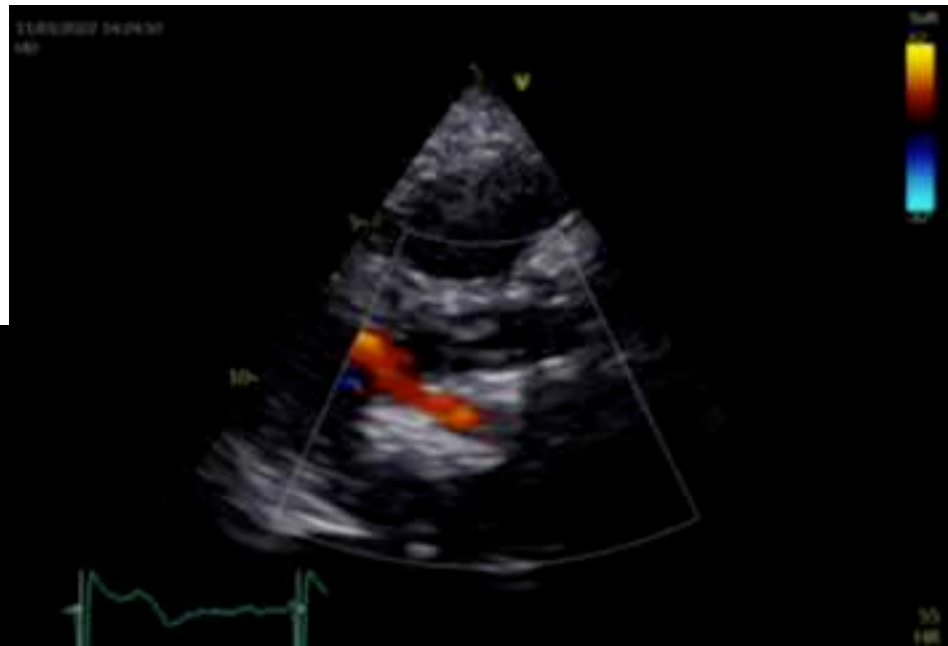
Gradient VG-Ao = 10 mmHg

Prothèse en position mitrale non sténosante (Gd moyen OG-VG: 3 mmHg) avec fuite périprothétique minime

Suivi @2ans ETT



FEVG: 68%

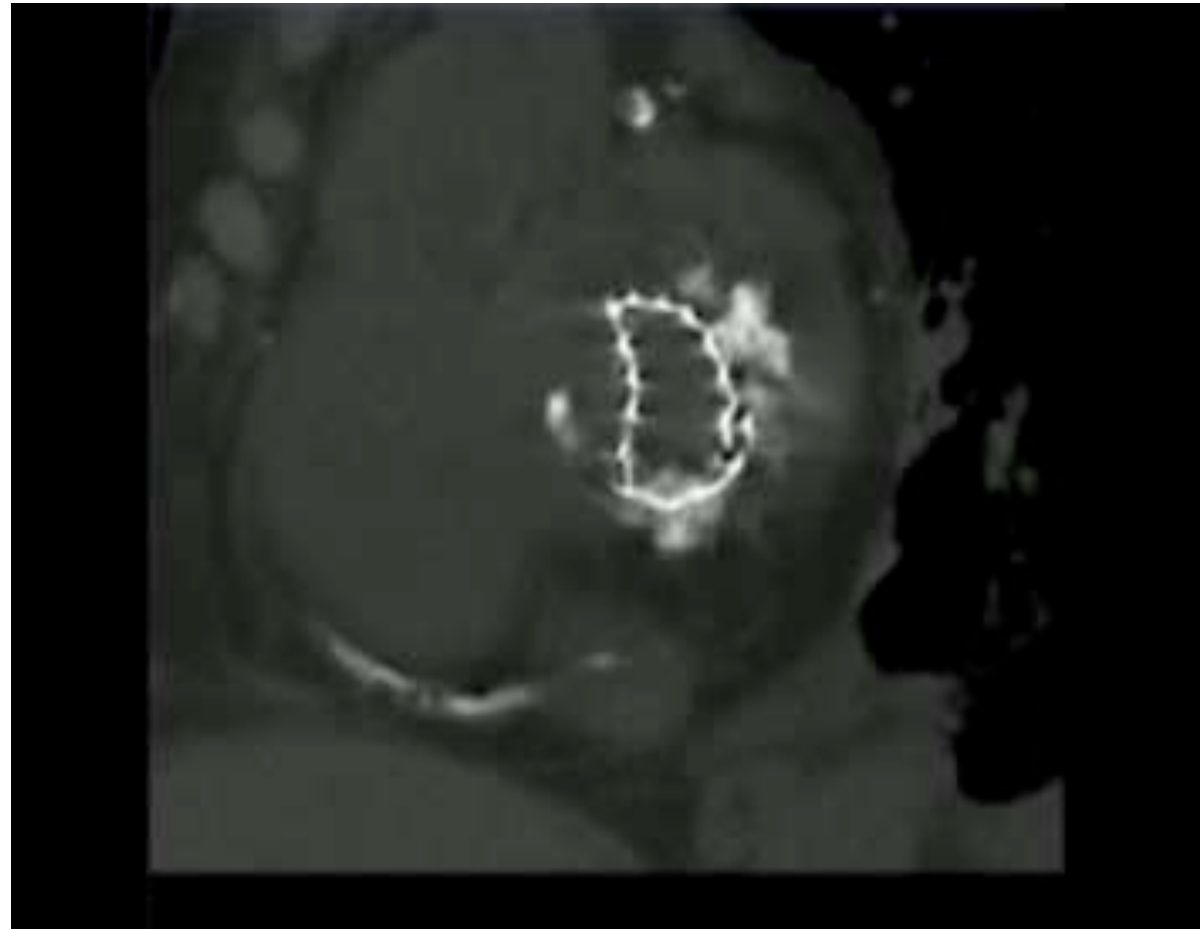
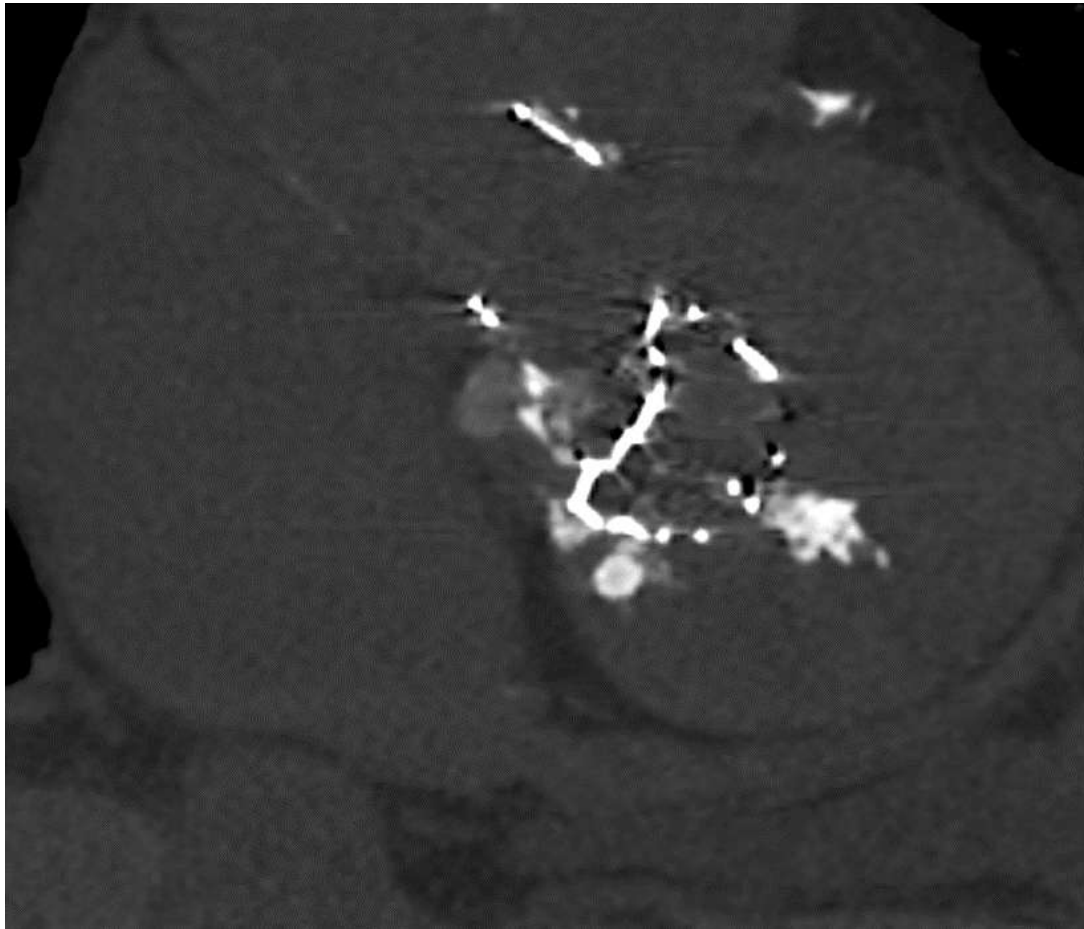


Gd VG-Ao: 16 mmHg

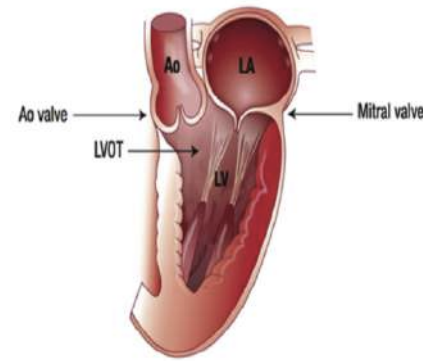


Gd moyen mitral: 7 mmHg

Suivi @2ans TDM cardiaque SPC



Conclusion



TMVI → Guide de protection dans la chambre de chasse VG

Table 1

Factors contributing to LVOT obstruction following transcatheter mitral valve replacement

Anatomic Factors

1. Small predicted neo-LVOT (<=189.4 mm²)
2. Redundancy of the anterior mitral leaflet
3. Small LV cavity
4. Hypertrophic cardiomyopathy
5. Septal hypertrophy or asymmetric septal hypertrophy
6. Chordal redundancy
7. Mitral annular calcification
8. Aortomitral angle

Dynamic Factors

1. Hypercontractile LV
2. Atrial fibrillation
3. Volume status/loading conditions
4. Hypertrophic cardiomyopathy
5. Left ventricular remodeling

Mechanical Factors

1. Flaring of transcatheter devices placed in the mitral position
2. Extreme ventricular deployment of transcatheter heart valve
3. Interaction with aortic prosthesis

Pour éventuelle dilatation de la chambre de chasse + kissing
en cas d'obstruction

Suivi @2ans

TDM cardiaque SPC

