

Survie après remplacement valvulaire aortique chirurgical pour RAC serré : impact du bas débit paradoxal (Clavel MA, et al. J Am Coll Cardiol 2015)

Résumé proposé par **Claire Bouleti**, Service de Cardiologie, CHU Bichat Claude Bernard.

Présidente du GCF



Introduction : Lors d'un rétrécissement aortique (RAC), un bas débit défini par un volume d'éjection systolique indexé à la surface corporelle (VESi) $\leq 35 \text{ ml/m}^2$ peut être retrouvé en cas de FEVG altérée (bas débit classique) ou de FEVG préservée (bas débit paradoxal). Le bas débit a été rapporté comme un facteur prédictif indépendant de mortalité après TAVI, mais peu de données sont disponibles après remplacement valvulaire aortique chirurgical (RVA). Le but de cette étude est de comparer la mortalité après RVA chez les patients ayant une FEVG altérée, un bas débit paradoxal et un débit normal.

Méthode : Entre 2002 et 2010, 1984 patients ont eu un RVA et 1154 ont été retenus dans l'étude (exclusion si données échographiques incomplètes ou RAC jugé non serré), parmi lesquels 612 ont eu un RVA isolé et 542 un RVA associé à un pontage aorto-coronaire. Ces patients ont été divisés en 3 groupes selon leur FEVG et leur VESi : « FEVG altérée » (FEVG $< 50\%$), « bas débit paradoxal » (FEVG $\geq 50\%$ mais VESi $\leq 35 \text{ ml/m}^2$) et « débit normal » (FEVG $\geq 50\%$ et VESi $> 35 \text{ ml/m}^2$). Le critère de jugement primaire était la mortalité à J30 et à long terme. Les décès péri-opératoires ont été recueillis de façon prospective tandis que les décès à long terme étaient collectés rétrospectivement.

Résultats : L'âge moyen de la population était de 70 ans et les patients ont été répartis en : 206 patient (18%) dans le groupe FEVG altérée, 319 (28%) dans le groupe bas débit paradoxal et 629 (54%) dans le groupe débit normal. Les patients du groupe FEVG altérée avaient plus de comorbidités reflétées par un score de risque chirurgical de Parsonnet plus élevé.

La mortalité à 30 jours était significativement plus élevée dans les groupes FEVG altérée et bas débit paradoxal que dans le groupe débit normal (6,3%, 6,3% et 1,8% respectivement; $p < 0,001$). Après ajustement sur les comorbidités, seul un VESi bas et l'existence d'un bas débit paradoxal étaient des prédicteurs indépendants de la mortalité péri-opératoire (OR 1,18 IC 95%(1,01-1,36), $p < 0,05$; et 2,97 (1,40-6,60), $p < 0,004$ respectivement).

Durant un suivi moyen de 4,1 ans, 241 patients sont décédés. La survie globale à 5 ans était de $72 \pm 4\%$ dans le groupe FEVG altérée, $81 \pm 2\%$ dans le groupe bas débit paradoxal et $85 \pm 2\%$ dans le groupe débit normal. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes bas débit paradoxal et débit normal, seul le groupe FEVG altérée avait une survie moindre. Les facteurs prédictifs de la mortalité tardive étaient: un âge élevé, la classe NYHA III-IV, l'insuffisance rénale chronique, le diabète, le score de Jeopardy, le groupe FEVG altérée et une FEVG basse. Le VESi

n'était pas un facteur prédictif de la mortalité tardive.

Conclusion: Les patients avec une FEVG altérée ou un bas débit paradoxal avaient une mortalité à J30 plus élevée, mais la surmortalité du groupe FEVG altérée était expliquée par des comorbidités plus importantes. Par contre, le VESi étant un facteur prédictif indépendant de la mortalité opératoire, ce paramètre devrait être pris en compte pour l'évaluation des patients avant RVA. Sur le long-terme en revanche, les patients avec un bas débit paradoxal n'avaient pas de différence significative de survie par rapport aux patients ayant un débit normal et le VESi n'était plus un facteur prédictif de mortalité. Seuls les patients du groupe FEVG altérée avaient une mortalité significativement abaissée à 5 ans.

Référence et lien Pubmed

Impact of classic and paradoxical low flow on survival after aortic valve replacement for severe aortic stenosis. Clavel MA, Berthelot-Richer M, Le Ven F, Capoulade R, Dahou A, Dumesnil JG, Mathieu P, Pibarot P. *J Am Coll Cardiol.* 2015 Feb 24;65(7):645-53.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25677424>