

La Salle Hybride au CHU du Sart Tilman

C. Dony, B. Viscogliosi, P. Donneux

Qu'est-ce qu'une salle hybride?

- Une salle hybride est une salle d'intervention qui associe les caractéristiques d'une salle d'opération conventionnelle à celle d'une salle de cardiologie interventionnelle de haute performance.

Pourquoi une salle hybride?

- La progression de procédures dites « hybrides » en chirurgie cardiaque, faisant appel à la fois au chirurgien cardiaque et au cardiologue interventionnel a impliqué la création de ce type de salle qui doit obéir aux particularités des deux spécialités

Utilisation de la salle hybride

Un patient : 1 intervention 2 approches



Approche
Chirurgicale

Approche
Vasculaire
Percutanée

Utilisation actuelle (1)

- Angioplastie complexe :
 1. Lorsqu'une dénudation est nécessaire pour une procédure endovasculaire
 2. Lors de procédures combinées:
 - ex: une angioplastie iliaque + TEA de la bifurcation fémorale

Utilisation actuelle (2)

- Angioplastie de l'aorte :
 1. Cas programmés : Stent graft lors d'AAA, d'AAT (déjà réalisés au CHU de Liège)

Utilisation actuelle (3)

- Maladies Cardiaques Structurelles :
 1. Valvuloplastie Aortique :
voie transfémorale, voie sous-clavière, voie transapicale (pas utilisée au CHU de Liège)
 2. Valvuloplastie Mitrale: Mitraclip (ce type de valves n'a pas encore été placé au CHU de Liège)

Perspectives d'avenir

- Les angioplasties de l'Aorte en urgence

Ex: dissection aortique

rupture d'un anévrisme de l'aorte
abdominale

- Revascularisation myocardique

Ex: LIMA à cœur battant

+

PCI de la coronaire droite ou de la
circonflexe

Pourquoi une valve aortique percutanée?

- Technique tout à fait réalisable chez des patients à très haut risque opératoire.
- Amélioration immédiate de l'état clinique des patients souffrant d'une sténose aortique dégénérative symptomatique
- Efficacité d'autant plus importante que le pronostic de ces patients en l'absence de chirurgie est sombre

Critères de sélection des patients

- Âge des patients > 70 ans
- Dégénérescence de la valve avec une surface orificielle < 0.7cm²
- Risque de mortalité opératoire évalué par l'Euroscore logistique $\geq 20\%$
- Ainsi que : aorte porcelaine, anomalies anatomiques du sternum ou du thorax, BPCO sévères

La salle Hybride : équipement (1)



La salle Hybride : équipement (2)



La salle Hybride : équipement (3)



La salle Hybride : équipement (4)



Table d'instruments chirurgicaux et endovasculaires pour la mise en place d'une valve aortique par abord sous-clavier



Mise en place des champs opératoires



Travail simultané des 2 équipes



Repérage et cathétérisme des artères fémorales



Repérage et cathétérisme sous contrôle de la vue de l'artère sous- clavière



Vérification du placement correct des cathéters



Préparation de la valve aortique avant mise en place



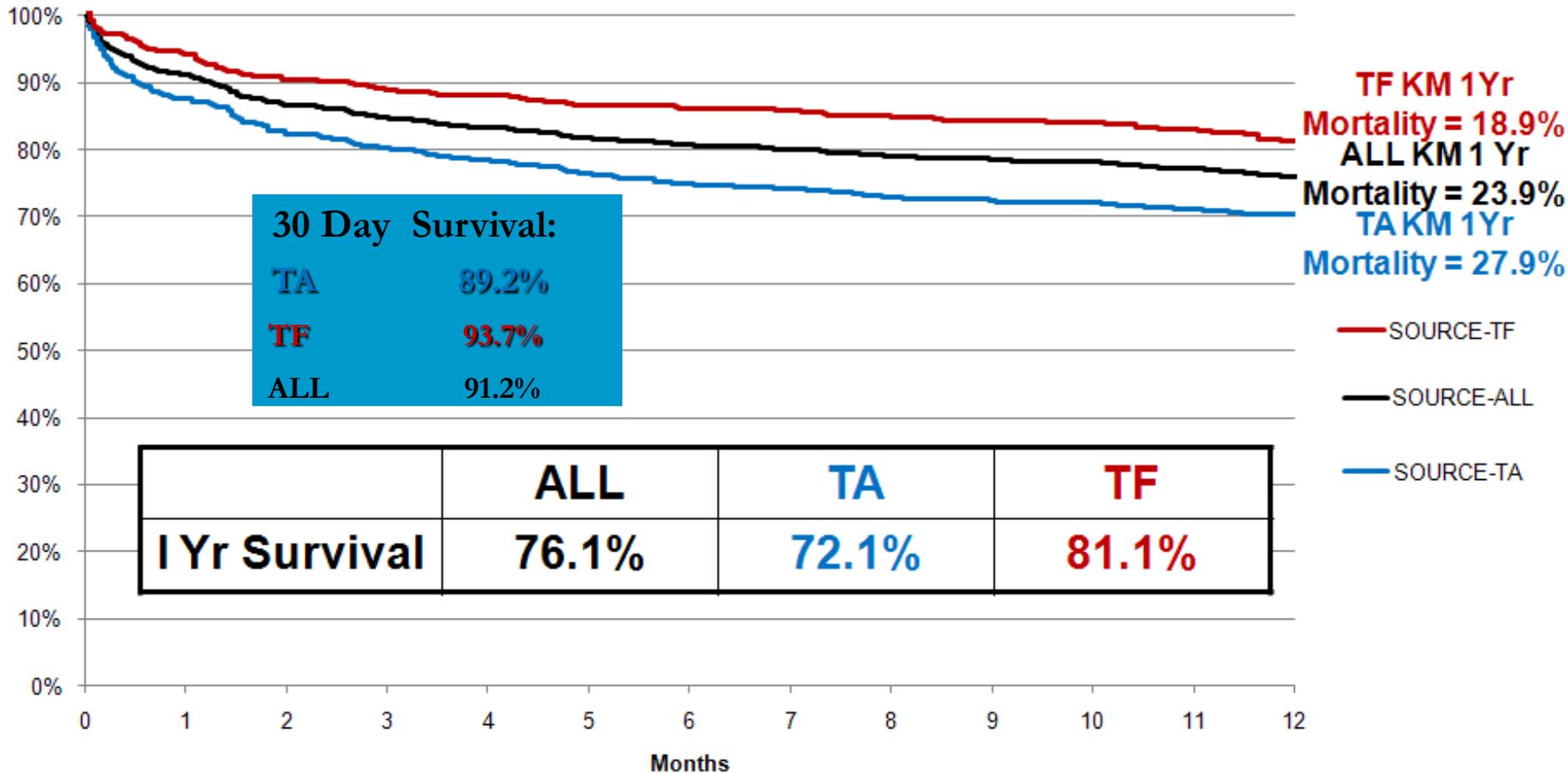
Major Complications \leq 30 Days

	TF (n=463)	TA (n=575)	Total (n=1038)
Death	6.3%	10.8%	8.8%
Stroke	2.6%	2.4%	2.5%
Renal Failure Requiring Dialysis	1.3%	7.0%	4.4%
Permanent Pacemaker	6.0%	7.7%	6.9%

SOURCE: COHORT 1

1 Year Survival (All Approaches)

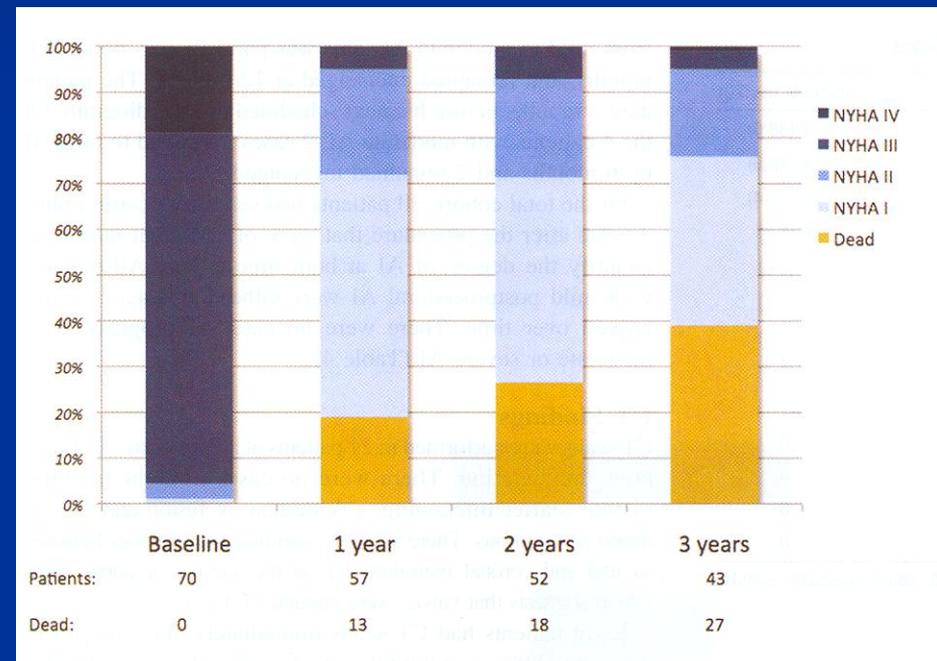
SOURCE KM 1 Year Survival



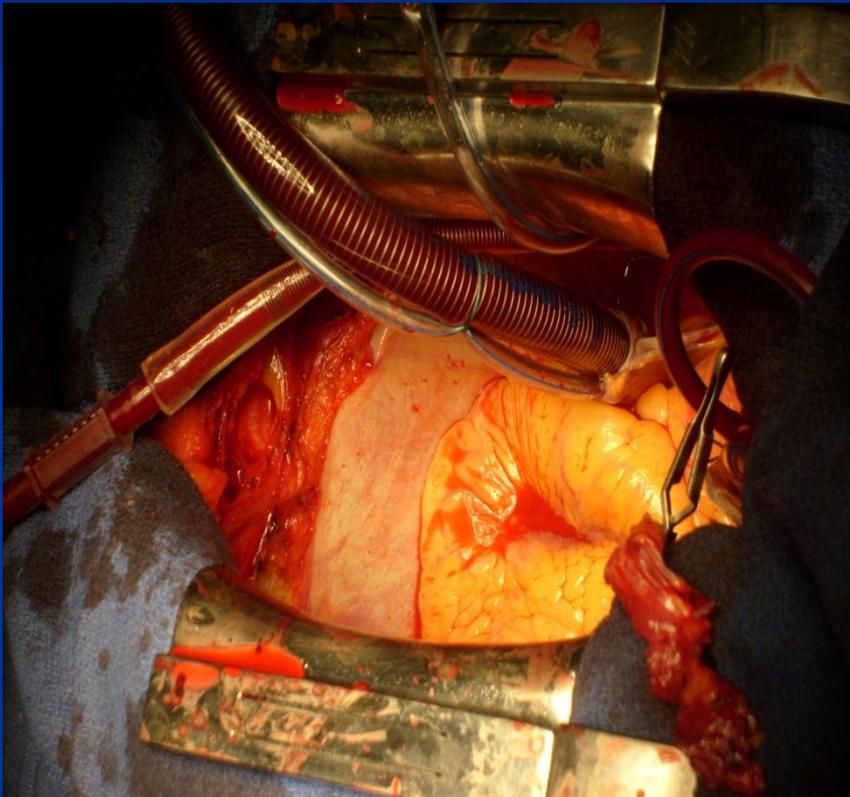
Taux de survie de 1 an à 3 ans

Gurvitch et al Circulation
2010;122:1319
N=70 (01/2005 to 12/2006)

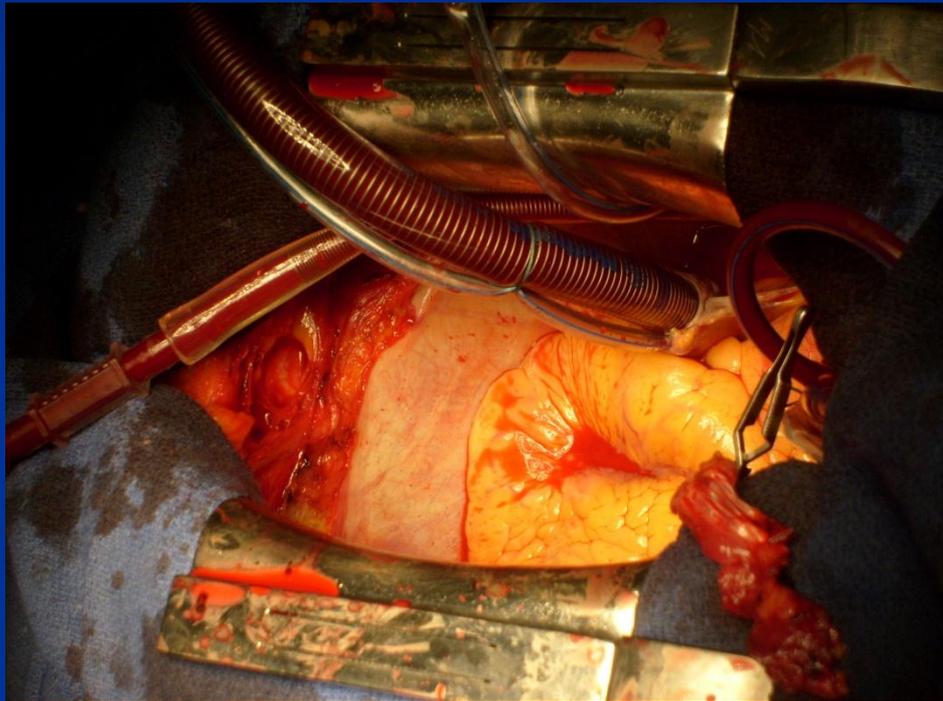
Survival @ 1 yr: 81%
Survival @ 2 yrs: 74%
Survival @ 3yrs: 61%



Remplacement d'une valve aortique par sternotomie



Comparaison de l'aspect invasif d'un remplacement valvulaire aortique par sternotomie et par voie percutanée (1)



Comparaison de l'aspect invasif d'un remplacement valvulaire aortique par sternotomie et par voie percutanée (2)



Tables d'instrumentation



Comparaison des tables d'instrumentation



Merci de votre attention