



Le remplacement valvulaire aortique (RVA) est l'intervention la plus fréquente en chirurgie cardiaque. Cependant, un nombre certain de patients opérés d'un RVA aura besoin d'une ré-intervention en raison d'une détérioration valvulaire structurale (SVD), non structurale (NSVD) ou d'une endocardite infectieuse (IE)

Objectifs

L'objectif est d'analyser les résultats à court et à long terme de la chirurgie redux du RVA après l'implantation d'une bioprothèse. Les résultats ont été classés selon l'indication du redux (SVD, NSVD, IE)

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 164 patients porteurs d'une bioprothèse aortique réopérés d'un redux de RVA dans le service de CTCV du CHU de Rennes de 1975 à 2011. Les données du long terme ont été collectées auprès des cardiologues ou des médecins traitants par contact téléphonique.

Le test du χ^2 a été utilisé pour la comparaison de 2 proportions, Student pour les moyennes. La régression logistique multiple pas à pas a été utilisée pour identifier les facteurs prédictifs indépendants de la mortalité opératoire. L'analyse de survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan-Meier. Le test du log-rank a été utilisé pour comparer les courbes de survie. Tous les calculs ont été effectués avec le logiciel SAS 9.3.

Résultats

L'âge moyen était de $67,8 \pm 13,2$ ans (128 hommes, 36 femmes). Les indications étaient une SVD dans 57,3% des cas, une NSVD pour 20,7% et une IE pour 22%. L'intervalle moyen entre la première intervention et le redux était de $7,7 \pm 6,2$ ans pour toutes les indications ($11,4 \pm 4,7$ ans dans le sous-groupe SVD). Le ré-intervention a été réalisée dans des conditions d'urgence dans le 24,4% des cas.

Morbi/mortalité hospitalière

La mortalité hospitalière était de 10,9% (SVD : 8,5%, NSVD : 14,7%, IE : 1,9%). Il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes d'indications en termes de complications postopératoires spécifiques.

En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de mortalité opératoire étaient: le sexe féminin ($p = 0,02$), l'obésité ($p = 0,02$), l'intervention en urgence ($p = 0,002$), l'insuffisance cardiaque ($p = 0,02$) et l'insuffisance rénale préopératoire ($p = 0,001$). Par conséquent, dans le redux du RVA, seuls les facteurs liés au patient étaient indépendamment associés à la mortalité opératoire.

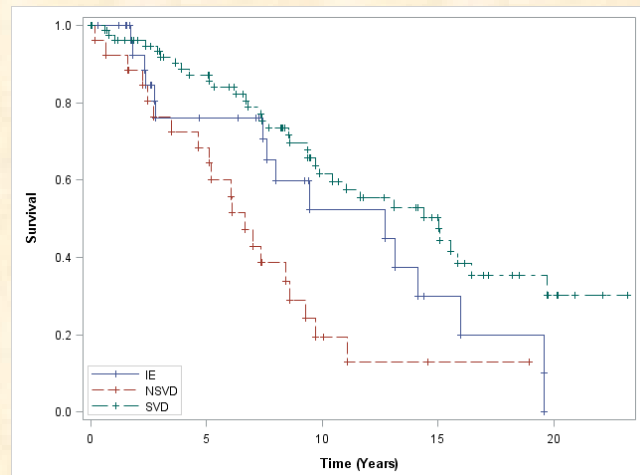
Survie long-terme

Le taux de suivi était de 93,2% avec une durée moyenne de $8,2 \pm 5,8$ ans [0,1 - 23,2 ans]. Le total du suivi était de 111,4 patients-années (PA). Nous avons enregistré 70 décès tardifs (51,5%, taux linéarisé de 13%). La cause du décès était inconnue dans 27 cas, d'origine cardiaque dans 11 cas et liée à la valve dans deux cas.

La survie globale était de 81,0% ($n = 91$), 50,6% ($n = 41$), 38,1% ($n = 21$) et 18,1% ($n = 5$) à 5, 10, 15 et à 20 ans, respectivement.

Les patients réopérés pour IE ou NSVD avaient une moins bonne survie à long terme par rapport aux SVD ($p = 0,0002$)

	Décès tardif		PA	Survie				Taux linéaire
	N	%		5 ans	10 ans	15 ans	20 ans	
Infection	16/31	51,6	220,8	$76,1 \pm 8,5$ n=17	$52,4 \pm 11,7$ n=7	$29,9 \pm 11,9$ n=3		7,2
NSVD	20/26	76,9	166,2	$68,4 \pm 9,3$ n=17	$19,3 \pm 8,4$ n=4	$12,9 \pm 7,7$ n=1		12,0
SVD	34/79	43,0	723,5	$87,1 \pm 4,0$ n=57	$61,7 \pm 6,4$ n=30	$50,3 \pm 7,0$ n=17	$30,2 \pm 7,9$ n=5	4,7
Total	70/136	51,5	1110,4	$81,0 \pm 3,6$ n=91	$50,6 \pm 5,1$ n=41	$38,1 \pm 5,3$ n=21	$18,1 \pm 5,5$ n=5	6,3



Le remplacement valvulaire aortique représente le « gold standard » dans le traitement de la maladie valvulaire aortique sévère. Une ré-intervention sur la bioprothèse peut être nécessaire à cause d'une dysfonction sévère. La stratégie de gestion optimale dépend essentiellement de deux éléments: 1) le type de dysfonctionnement de la bioprothèse (que nous avons classés dans les catégories SVD, NSVD ou IE), et 2) l'état du patient, c'est à dire ses propres facteurs de risque.