Stratégie de l'assistance circulatoire temporaire avant l'implantation d'une assistance monoventriculaire gauche de longue durée (stratégie bridge-to-bridge) : retour d'expérience

Communication orale

Auteurs :
Astrid Quessard (*Service d'anesthésie réanimation sud, hôpital cardiologique, hôpital Haut-Lévêque, Pessac*), Olivier Simon (*Service d'anesthésie réanimation sud, hôpital cardiologique, hôpital Haut-Lévêque, Pessac*), Laurent Barandon (*Service de chirurgie cardiaque, hôpital cardiologique, hôpital Haut-Lévêque, Pessac*), Aurélie Fresselinat (*Service pharmacie PUI, secteur des dispositifs médicaux stériles, hôpital Haut-Lévêque, Pessac*), Alain Remy (*Service d'anesthésie réanimation sud, hôpital cardiologique, hôpital Haut-Lévêque, Pessac*), Alexandre Ouattara (*Service d'anesthésie réanimation sud, hôpital cardiologique, hôpital Haut-Lévêque, Pessac*),

Objectifs :

L'implantation d'une assistance de longue durée de type Left Ventricular Assit Device (LVAD) chez le patient en choc cardiogénique réfractaire (Intermacs I) est d'un pronostic effroyable. Le recours à une assistance circulatoire temporaire (ACT) avant l'implantation est donc de mise et semble améliorer substantiellement le pronostic.
L'objectif de ce travail était de comparer le devenir des patients recevant une ACT pour choc cardiogénique réfractaire, Impella® versus ExtraCorporeal Life Support (ECLS) dans une stratégie bridge-to-bridge.

Matériel et méthodes

Étude rétrospective menée de janvier 2012 à juillet 2017 incluant des patients inscrits dans une stratégie bridge-to-bridge.

Résultats

Soixante-neuf patients implantés d'un LVAD ont été analysés. Parmi eux, 20 patients (homme 85 %, âge médian = 53 [23-69] ans) étaient sous ACT au moment de l'implantation du LVAD. Quatorze (70 %) étaient sous Impella® (groupe Impella) (5.0, n = 11 et CP, n = 3). Pour 4 d'entre eux, ce dispositif avait initialement été associé à une ECLS. Pour 2 autres, il avait été mis en place en relais d'une ECLS seule. Six patients (30 %) étaient sous ECLS (groupe ECLS), seule dans 2 cas, combinée à une CPIA dans un cas, à une Impella® 2.5 dans 2 cas ou une Impella® CP dans un cas. L'extubation a été possible chez un patient (17 %) dans groupe ECLS versus 8 patients (57 %) dans le groupe Impella dans les 5 jours suivant l'implantation de l'ACT (p = 0,09). Cinq de ces derniers ont été sevrés des catécholamines et réhabilités à la marche et au vélo. La valeur médiane du nombre de jours libres de réanimation (à 30 jours) après l'implantation du LVAD était respectivement de 16 [0-18] jours dans le groupe Impella versus 0 [0-0] jour dans le groupe ECLS (p = 0,02). La mortalité en réanimation était de 66 % pour le groupe ECLS contre 21 % pour le groupe Impella (p = 0,052).

Conclusions

L'Impella, en permettant une réhabilitation optimisée et anticipée, semble être une ACT très prometteuse chez les patients assistés en bridge-to-bridge.

MOTS-CLES :

Assistance circulatoire temporaire (Circulatory assistance, temporary), Choc cardiogénique (Cardiogenic shock),