

Protocol TAVI:

Steeds sedatie tenzij:

- afwijkingen in functie toegang (subclavia, carotis, truncus) => algemene anesthesie (AA)
- vraag van patiënt owv angst => AA
- patiënt-gerelateerde problemen: taalbarrière, niet kunnen stilliggen, ... => AA

Oplijning:

- 2 perifere lijnen:
 - o Bolus lijn en vochttoediening
 - o Mogelijkheid voor drips (bvb NOR) adhv dialflow
- Arteriële lijn: rechter art radialis
- Neusbril 2L O₂

Monitoring:

- Standaard monitoring (EKG, ni-BD, saturatie)
- Indien toegang via carotis/truncus => bilaterale NIRS plaatsen
- Indien algemene anesthesie => TEE plaatsen

Medicatie:

- Sedatie:
 - o Dexdor:
 - Oplaaddosis 0,5µg/kg (IBW), gefractioneerd toedienen tijdens voorbereiding
 - Continue toediening: 0,5µg/kg/h
 - o Sufenta:
 - 2,5-5 µg bij de start van procedure
 - In functie van effect lokale verdoving thv liezen
 - o Postop pijnstilling:
 - Paracetamol 1gr aan het einde van de procedure
 - o Steeds medicatie voorzien om te kunnen converteren naar algemene anesthesie
- Algemene anesthesie:
 - o Cave inductie owv kritische AS. Tijdig opstarten van perifere NOR om hypotensie te vermijden.
 - o Art hypotensie is bij deze patiënten (die meestal een uitgesproken LV hypertrofie hebben) absoluut te vermijden:
 - Hypotensie => gedaalde coronaire perfusie => gedaalde LV functie => daling CO => verdere daling BD => ...
 - o Kortwerkende producten om snel te extuberen.
- Steeds Cefazoline 2gr ter profylaxe

Procedure:

- Verdoven van beide liezen en plaatsen arteriële en veneuze sheats (toegang device, pigtail, PM-lead (tenzij eigen PM))
 - o Bij plaatsen lead, testen wij of het hart goed volgt. (VVI a 80-100/')
- Nadat toegang is voorzien => toediening Heparine 100U/kg
 - o Streefwaarde ACT >250 sec
- Bij opschuiven guidewire door aortaklep, mogelijks ritmestoornissen door manipulatie in ventrikel

- Soms wordt er eerst een ballon valvuloplastie uitgevoerd:
 - Rapid pacing 160-180'' (maximum output 25 mA) tijdens opblazen ballon om vulling te reduceren en zo expansie te vermijden.
- Vervolgens plaatsing klep:
 - mogelijk pacing (VVI 80-100'') om gelijkmatige drukken te verkrijgen (zodat geen migratie optreedt)
 - tijdelijk valt de druk weg tijdens ontplooiën wegens bekleding klep die nog niet open. Men ontplooit 1/3 tot er voldoende druk wordt gegenereerd.
 - Evaluatie ivm positionering prothese: alignatie struts, positie tov annulus, kanteling. De prothese kan mogelijk terug worden samen geplooid om te herpositioneren.
 - Na volledige ontplooiing wordt TTE(/TEE) gedaan om paravalvulaire lekkage te evalueren en/of tamponade uit te sluiten. Indien nodig wordt er nog een dilatatie gedaan op dezelfde manier als de ballon valvuloplastie dmv rapid pacing.
- Tenslotte hemostatische controle van de lies na closure device.
 - Indien nodig wordt gevraagd om Protamine te geven: 3,6ml Protamine/ml Heparine.

Postoperatief beleid:

- PM-lead blijft meestal 24h ter plaatse:
 - Tenzij eigen PM
 - Indien LBTB, 2^{de} of 3^{de} graads AV-block => blijft PM aangekoppeld
- Anti-aggregantia:
 - Indien reeds onder ASA en/of Plavix: verderzetten onderhoudstherapie
 - Indien orale antico: verderzetten onderhoudstherapie
 - Indien geen onderhoudstherapie: perprocedureel oplaad Aspegic en vanaf de volgende dag Asaflow.
- Afdeling:
 - Bijzondere of Intensieve Zorgen

Mogelijke complicaties:

- Ventrikelperforatie
- Pericardtamponade
- Hypovolemische shock
- Paravalvulair lek met belangrijke AI
- RV falen
- Mitralisinsufficiëntie
- Maligne hartritmestoornissen, VF
- AV-block III
- Myocardischemie (door hypotensie/occlusie van een coronair ostium met de klepstent)
- Annulusruptuur à hypovolemische schok
- Aortadissectie
- Pseudoaneurysma/ruptuur van de A. femoralis/A.iliaca/Aorta
- Arteriële trombose
- Klepdislocatie, -embolie
- CVA (embolisatie)