

**Avertissement:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence.

Mardi 29 mars 2011  
Hôpital cantonal de Genève

## L'ablation de fibrillation auriculaire: Pour qui? et quand?

Pr D. Shah

La fibrillation auriculaire (FA) reste l'arythmie la plus fréquente; elle augmente avec l'âge; elle est associée à une mortalité légèrement augmentée (+1,5-4,2); elle est responsable de 20% des accidents vasculaires cérébraux (AVC) emboligènes, et associée aussi plus souvent à une insuffisance cardiaque.

Les études électrophysiologiques (cartographie) de ces dernières années ont permis de situer dans les manchettes myocardiques des veines pulmonaires le «pacemaker» biologique responsable de l'hyperstimulation de l'oreillette gauche. Ensuite s'installe, par le biais de circuits de réentrée entre l'oreillette et les veines pulmonaires, une FA.

Depuis cette certitude on s'applique à isoler les veines pulmonaires et à supprimer toute connexion électrique entre elles et l'oreillette gauche au moyen d'une cautérisation circulaire autour de chaque orifice des veines pulmonaires.

On utilise une électrode qui «tire» sur le myocarde avec des radiofréquences et entraîne des cautérisations ponctuelles. Comme il faut faire le tour de chaque veine pulmonaire, qu'il y en a 4, et qu'après avoir entouré chaque veine, on préfère effectuer un 2e tour autour de chaque paire de veine, pour compléter ... ça prend du temps...d'autant que, lorsque l'oreillette est dilatée il faut encore effectuer des cautérisations linéaires dans l'oreillette.

Il faut compter au moins entre 2 et 3 heures par session...

On a essayé de faire des sondes circulaires pour faire une cautérisation circulaire d'un coup, «one shot», mais ça ne marche pas bien...

La vieille technique point par point est meilleure...

Chez 25% des patients, il faut une 2e séance, car la 1<sup>ère</sup> cautérisation n'a pas été suffisamment parfaite...

Ce n'est pas rien! ( ...je vous rappelle en passant, que pour atteindre l'oreillette gauche et les veines pulmonaires il fallait ponctionner le septum auriculaire ... ponction trans-septale donc...)

Malgré toute ces difficultés, ça marche à peu près dans 80% des cas... la FA est définitivement interrompue...les anticoagulants peuvent être stoppés ainsi que le traitement antiarythmique.

On nous présente ensuite diverses séries qui confirment la chose, chez les vieux, chez les jeunes, avec anomalies congénitales associées (CIA, sténose mitrale), avec cardiomyopathie etc.....surtout pour nous montrer que la procédure est appliquée

de plus en plus souvent même dans des conditions difficiles...  
Les risques sont faibles avec:

- 0,4% d'embolies
- 0,7% de tamponades
- 0,2% de gastroparésie
- 0,4% de sténose d'une veine pulmonaire
- 0,8% d'hématome in situ au lieu de ponction
- 0,01% d'hémothorax

A Genève, une sonde a été développée permettant de mesurer la force de contact (donc la profondeur de la cauterisation) avec une précision de 1 gramme. C'est bien, ça permet de bien doser la profondeur de «cuisson»...

L'isolation des veines pulmonaires par radiofréquence doit donc maintenant être considérée comme 1<sup>er</sup> choix pour toute personne ayant une FA récidivante, symptomatique, ne voulant pas des anticoagulants ou d'antiarythmiques.

En particulier chez les plus jeunes, sportifs, avec une bradycardie sinusale sous-jacente empêchant l'administration de médicaments bradycardisants.

Avec l'ablation on évite la progression vers la FA chronique, on évite aussi la phototoxicité qui vient d'être décrite avec la Dronédarone, qui, rappelons le en passant, a un effet antiarythmique deux fois moindre que l'amiodarone même si elle n'a pas les effets secondaires thyroïdiens de celle-ci.

Donc, ce que je retiens c'est que lors d'une FA, on fait comme d'habitude avec médicaments, anticoagulation, cardioversion électrique ou médicamenteuse, dans un 1<sup>er</sup> temps, mais qu'en cas de récurrence, ou d'insatisfaction du patient pour diverses raisons, il faut de plus en plus encourager le patient à se faire «ablater» (comme on dit dans le jargon) surtout qu'à Genève on est plutôt bien doté (en ce qui concerne les ablateurs...Shah et Zimmerman pour ne pas les nommer...).

Les contre-indications existent mais à part le thrombus dans l'oreillette, et l'intolérance aux anticoagulants je ne vois pas très bien quelles sont elles...?? (il faut aussi pouvoir rester 3 heures tranquille sur une table de cathétérisme...ce n'est pas rien...).



J'espère n'avoir rien oublié

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
transmis par le laboratoire MGD

[ericbdh@hin.ch](mailto:ericbdh@hin.ch)  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)