

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

Mardi 29 octobre 2013

Hôpital cantonal de Genève

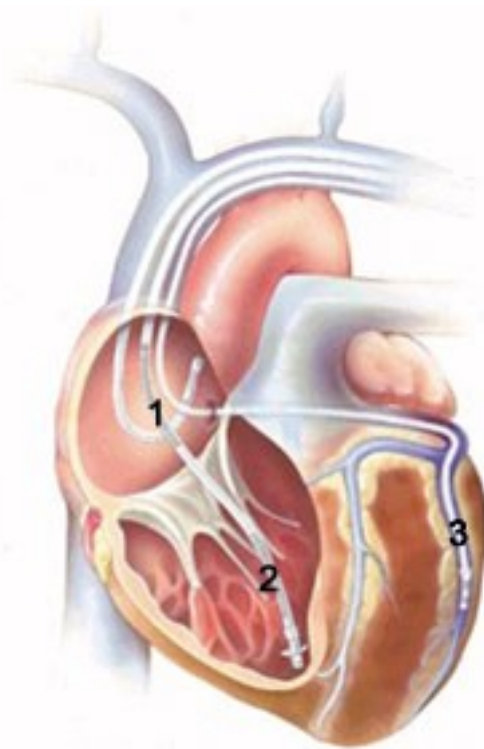
Recommandations européennes pour la resynchronisation

Dr H. Burri

C'est quand même assez pointu, les indications à une resynchronisation...Je vais donc rester à la surface de la chose et commencer par un petit rappel «pour les nuls» (comme d'hab...j'en fais partie).

Le PaceMaker (PM) c'est surtout pour éviter les bradycardies, et classiquement c'est une sonde dans le ventricule droit..

Quand la contraction des 4 chambres n'est plus correctement synchronisée (p.ex. cardiomyopathie ou maladie coronarienne) alors on peut mettre de l'ordre en resynchronisant... ça se dit CRT ou Cardiac Resynchronisation Therapy...Toujours un PM mais plusieurs sondes... ou bien une sonde dans l'oreillette droite et une sonde dans le ventricule droit, ou bien 3 sondes, une dans l'oreillette droite, une dans le ventricule droit et une 3^{ème} à la surface du ventricule gauche, dans une veine coronaire (cf image)...



Ensuite ça se complique...car il y a des CRT-VR (pour Ventricular Rate Adaptative), et des CRT-DR (pour Dual Chamber Adaptative).

Pour que la resynchronisation soit efficace, il faut naturellement que l'activation des ventricules se fasse uniquement par l'intermédiaire de la pile (électro-entraînement

permanent). La prescription de médicaments ralentissant la [conduction auriculo-ventriculaire](#) est souvent nécessaire dans ce but. Dans certains cas, une déconnexion de la jonction auriculo-ventriculaire par [ablation par radiofréquence du faisceau de His](#) doit être faite.

Ensuite on peut rajouter un défibrillateur implantable (ICD = Implantable Cardioverter Defibrillators, donc ça devient CRT-ICD) le plus souvent couplé à la sonde dans le ventricule droit. L'ICD enregistre constamment le rythme cardiaque et détecte les arythmies .

Il faut préciser que le défibrillateur implantable (ICD) peut théoriquement n'avoir qu'une sonde dans le VD et ne pas être couplé à une resynchronisation (CRT)...

L'ICD peut aussi bien proposer des thérapies anti-arythmiques sous la forme d'overdrive qui consiste à stimuler le cœur à une fréquence supérieure à celle de l'arythmie afin de l'arrêter, que de délivrer des chocs à haute énergie pour effectuer une cardioversion...

Historiquement la CRT c'est pour les patients insuffisants cardiaques avec un QRS large, et surtout ceux présentant un bloc de branche gauche (BBG) car chez ceux-ci le septum et le ventricule gauche (VG) ne se contractent pas en même temps, la pompe n'est donc pas efficace et la fraction d'éjection est abaissée (FE).

On s'est demandé si on ne pouvait pas étendre l'indication à un bloc de branche droit, voire à ceux qui présentent un QRS de durée normale...

Donc voilà les recommandations...

Chez un homme de 60 ans avec une cardiomyopathie dilatée, une FE à 25% , une insuffisance cardiaque NYHA II et un QRS de 140 ms un CRT-ICD c'est ce qu'il y a de mieux (cf étude MADIT-CRT ,RAFT et COMPANION qui le disent), mais il faut avoir un BBG sinon il n'y a pas de bénéfices...

Chez un homme de 74 ans avec une asthénie, et une FA lente à 52' dans un contexte de cardiomyopathie dilatée et d'Insuffisance Mitrale modérée, avec une FE à 45% et un QRS à 110ms, l'évidence est moins forte pour lui proposer une resynchronisation...

Chez un homme de 58ans avec une cardiopathie ischémique, une FE à 30% , des symptômes NYHA III et un QRS à 100ms, on ne fera pas de resynchronisation..le QRS fin est une contreindication.

L'étude «Lesser earth» Cardiac resynchronization therapy in patients with heart failure and a QRS complex <120 milliseconds: the Evaluation of Resynchronization Therapy for Heart Failure (LESSER-EARTH) trial. (Circulation. 2013 Feb 26;127(8):873-81) a montré qu'il était défavorable pour les patients avec un QRS étroit à être synchronisés.

Pour nous...je retiendrai qu'il n'y a pas de discussion à resynchroniser lorsqu'il y a des symptômes, une FE abaissée(<35%) et un QRS élargi sur un BBG... lorsqu'il n'y a pas de BBG, mais quand même un QRS élargi, ça se discute... et lorsque le QRS est fin , on s'abstiendra...

C'est ce que j'ai retenu...il y a sûrement des subtilités qui m'ont échappé....Tant pis!



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

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch