

Mardi 14 Aout 2018
Hopital Cantonal de Genève
Nouveautés dans la stimulation cardiaque
Prof. H. Burri

Encore un sujet très spécialisé, décalé par rapport à notre pratique quotidienne qui n'a le mérite que d'élargir notre culture générale...

3 thèmes sont abordés, la télésurveillance, les stimulateurs sans sondes, et la stimulation du His...

Le principe de la télésurveillance, c'est un transmetteur GSM à domicile capable d'envoyer automatiquement des emails d'alerte à une centrale lors d'anomalie de fonctionnement ou de troubles du rythme décelés par le pacemaker porté par le patient.

Ceci permet un follow-up à distance en temps réel...

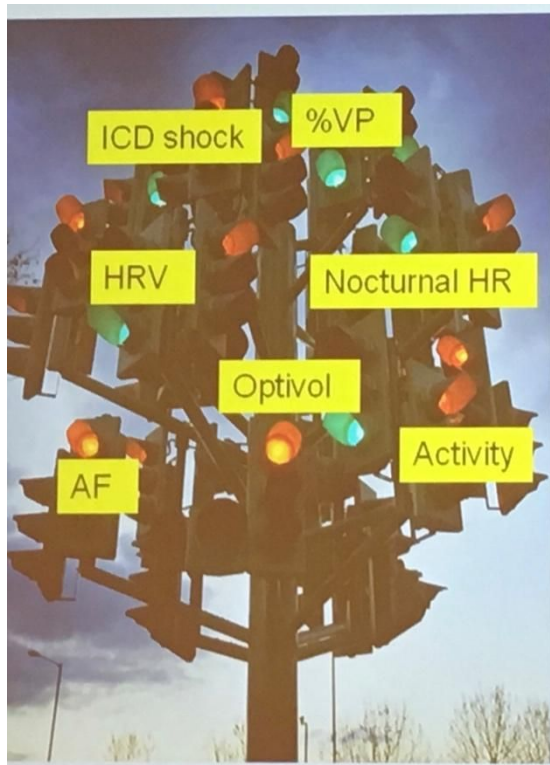
Dans un cas de fracture de sonde par exemple, que le défibrillateur implantable pourrait mal interpréter en envoyant des chocs électriques, la télésurveillance permet de réagir rapidement en évitant la décharge rapide du défibrillateur...(car les chocs coûtent beaucoup d'énergie...).

Malheureusement la télésurveillance n'a pas montré à ce jour une amélioration de la survie.

Aux USA (où les distances sont grandes) la télésurveillance est recommandée chez tout porteur de défibrillateur implantable (classe I), en Europe les recommandations sont moins péremptives (classe IIa).

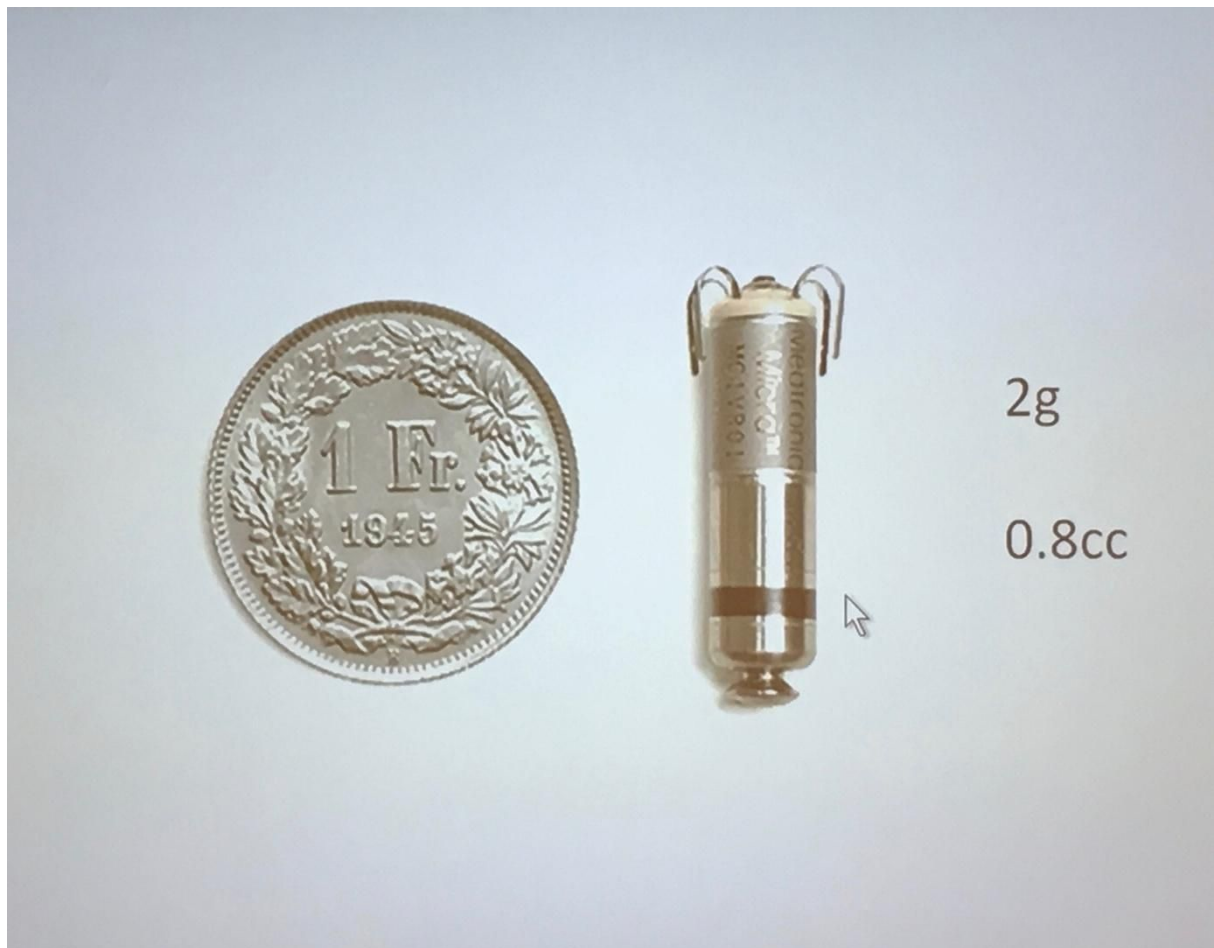
En Suisse, c'est remboursé par les Caisses Maladies...mais la télésurveillance entraîne une responsabilité accrue du médecin, qui est tenu de surveiller son patient 24h/24, une responsabilité accrue du fabricant, et parfois la difficulté d'atteindre le patient en cas d'alerte ...sans parler de la surcharge de travail pour le médecin et l'accumulation de messages d'alerte qu'il faut analyser etc...

Il faudrait pouvoir stratifier le risque des alertes en 3 catégories

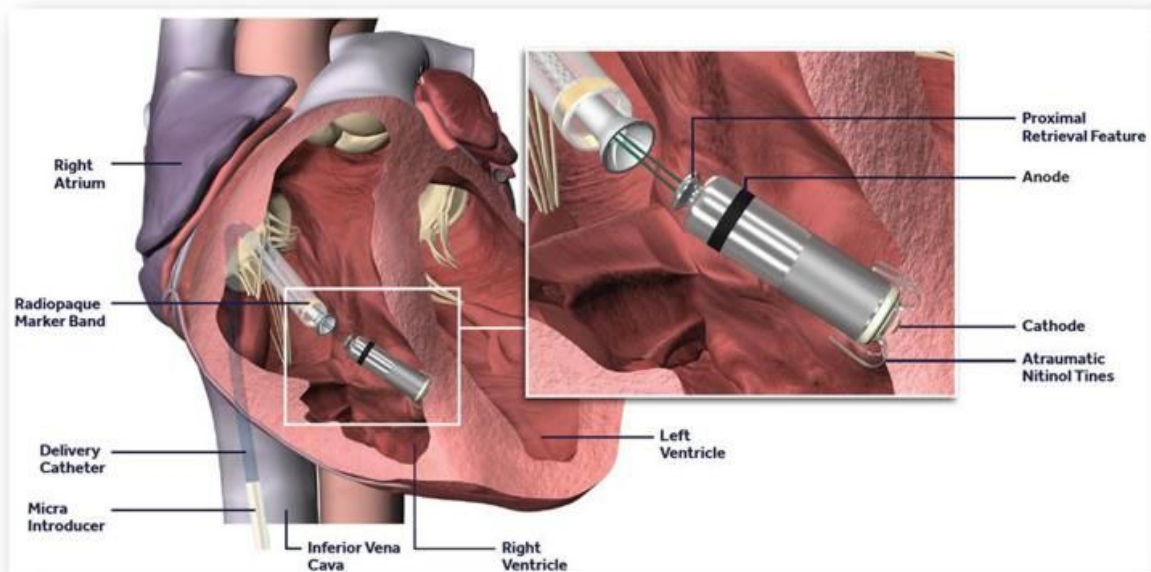


Si la télémaintenance permet un contrôle à distance du Pace Maker cela signifie que des hackers peuvent pirater un Pace Maker...

Les stimulateurs sans sondes (voir colloque du 8.12.2015) ne sont donc pas une vraie nouveauté vu qu'ils existent depuis 1970...



Comme vous voyez, ce n'est pas très gros ; c'est placé par voie fémorale (veine), et les petits crochets servent à ancrer le stimulateur dans le myocarde



Comme le montre le tableau ci-dessous, les complications (en Suisse romande) ne sont pas si rares que cela...

Micra: initial experience

- Juin 2015 – mai 2017 (HUG, CHUV, Fribourg, Sion)
- 92 pts (age 80.3 ± 11.1 yrs, 60 males)
- Mean follow up of 12.4 ± 7.4 months
- Implant success 90/92 (97.8%)
- 6 (6.5%) major perioperative complications
 - 1 death (tamponade)
 - 1 non-fatal tamponade
 - 1 DVT
 - 1 groin hematoma requiring transfusion
 - 1 VT requiring cardioversion
 - 1 chest pain with prolonged hospitalization
- 3 (3.3%) major complications at follow-up
 - 2 elevated thresholds requiring standard pacemaker
 - 1 incessant VT requiring surgical explantation of the device

Valiton, Burri et al *Europace* 2018 (in press)

On recommande donc de n'effectuer cette implantation que dans un centre de chirurgie cardiaque capable de réagir en cas de tamponnade.

Il faut savoir aussi que l'on ne peut pas changer le boîtier...on peut en rajouter un 2^{ème} mais pas extraire le 1^{er}...

Finalement, la stimulation du His...

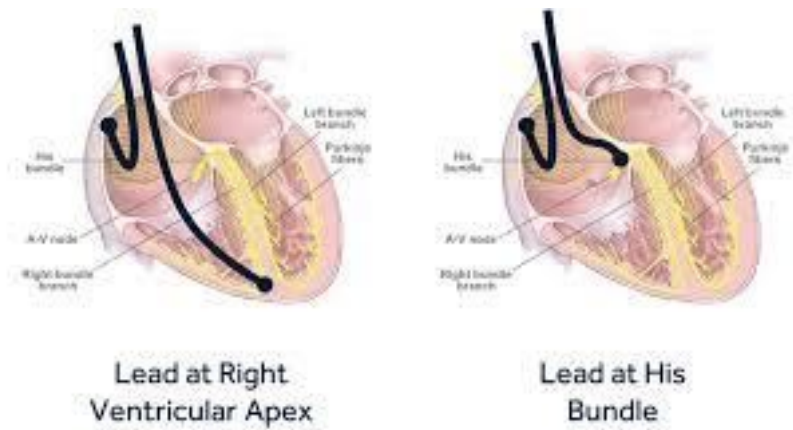
La stimulation du ventricule par une sonde ventriculaire entraîne semble-t-il toujours une contraction asynchrone qui peut être évitée en stimulant directement le faisceau de His...

La stimulation directe du His est donc une alternative à la resynchronisation cardiaque...mais c'est assez difficile à poser...

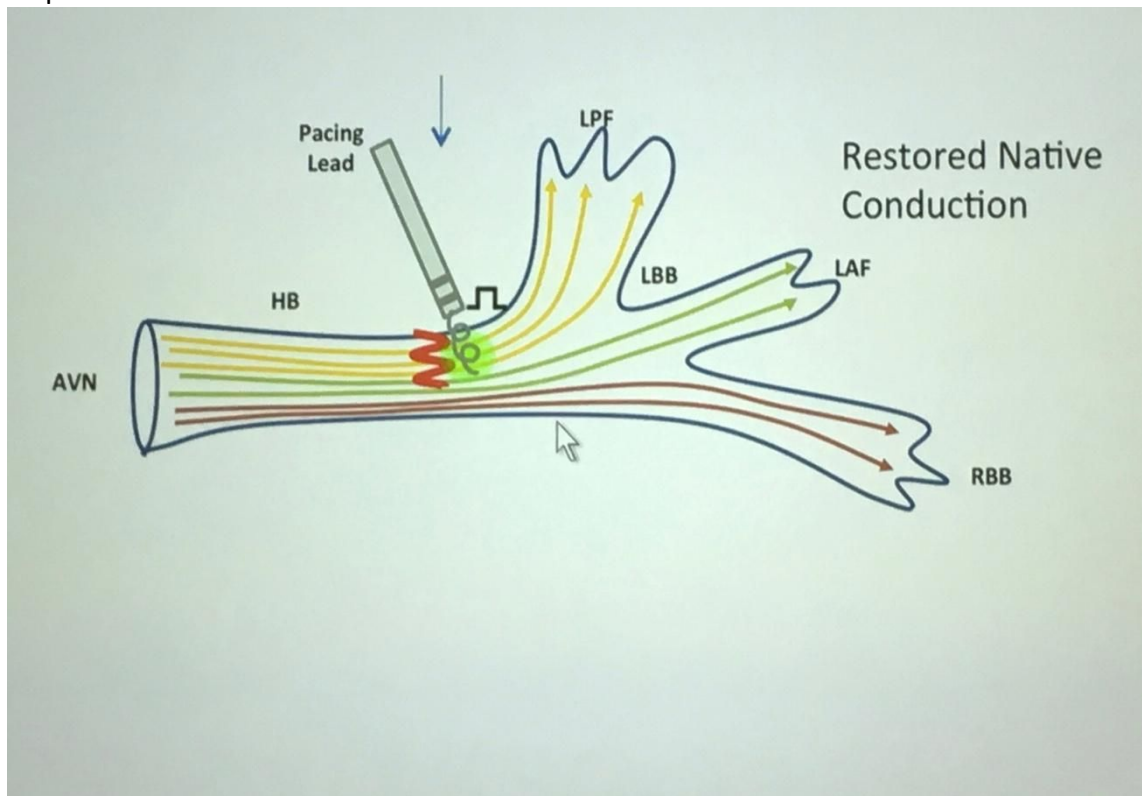
La sonde est comme ça...



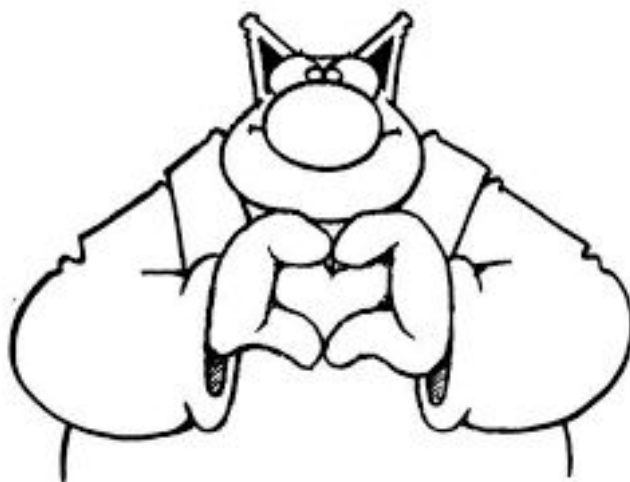
...et il faut la placer là...



ou plus exactement... ici...



Donc voilà les dernières nouveautés de la stimulation cardiaque...



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

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch