

## NEWSLETTER GROUPE RYTHMOLOGIE SFC

Vous trouverez dans cette nouvelle Newsletter un résumé des Late Breaking Trials du congrès EHRA de Lisbonne mars 2019 concocté pour vous par Jacques Mansourati et Rodrigue Garcia.

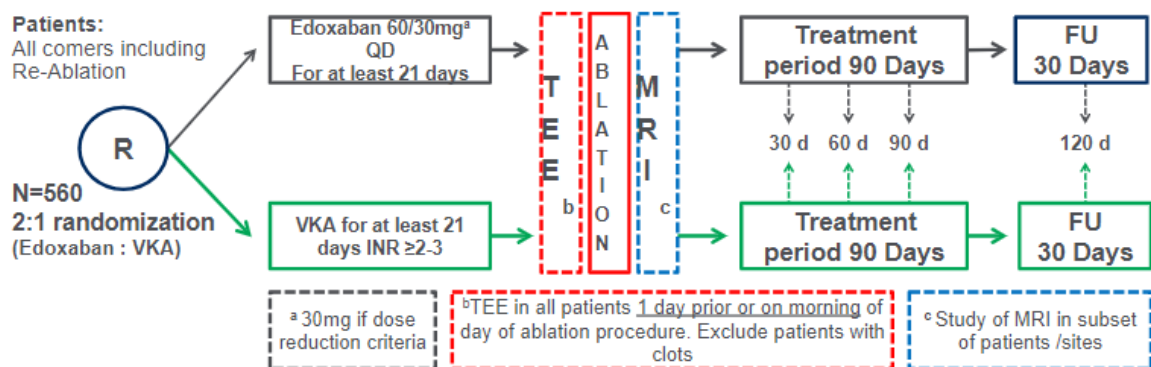
Bonne lecture !

*Serge Boveda*

### Late Breaking trial EHRA 2019 - Rodrigue Garcia Poitier

#### **ELIMINATE-AF : Absence d'arrêt de l'edoxaban versus AVK lors de l'ablation de la FA. Stefan Hohnloser**

614 patients allant bénéficier d'une ablation de FA ont été randomisé (2 :1) edoxaban vs. AVK. Ni l'edoxaban ni les AVK étaient interrompu avant la procédure.



L'incidence du critère de jugement principal (composite de décès, AVC, et saignement majeur) était de 0.3% dans le groupe edoxaban vs. 2% dans le groupe AVK. Il n'y avait pas de différence concernant les saignements majeurs (2.5% vs. 1.5%) et l'incidence des tamponnades (0.7% vs 1% pour les groupes edoxaban et AVK respectivement) était similaire entre les 2 groupes. La non-interruption de l'edoxaban représente une alternative à la non interruption des AVK chez les patients ayant une ablation de FA. Une étude de non-infériorité serait cependant nécessaire pour confirmer cette étude exploratoire.

#### **RACE 7 : Cardioversion rapide versus stratégie « wait and see » pour les épisodes de FA symptomatique apparue <36h. Harry Crijns**

Cette étude prospective de non-infériorité s'est déroulée aux Pays-Bas et avait un suivi de 4 semaines. La cardioversion rapide consistait en une cardioversion médicamenteuse puis électrique si nécessaire dans les 48 heures. L'attitude « wait and see » consistait en un contrôle de la fréquence cardiaque dans les 24 premières heures puis la programmation d'une cardioversion à distance si persistance de la FA.

A 4 semaines, 91% des patients du groupe « wait and see » et 94% du groupe

cardioversion rapide étaient en rythme sinusal.

L'attitude "wait and see" est non inférieure à la cardioversion rapide pour l'obtention du rythme sinusal. La stratégie « wait and see » était associée à plus de cardioversion spontanée (69% vs 19%) et une qualité de vie similaire.

### Cardioversion des arythmies atriales par choc électrique interne vs choc électrique externe chez les patients porteurs d'un défibrillateur endocavitaire- Jakob Luker

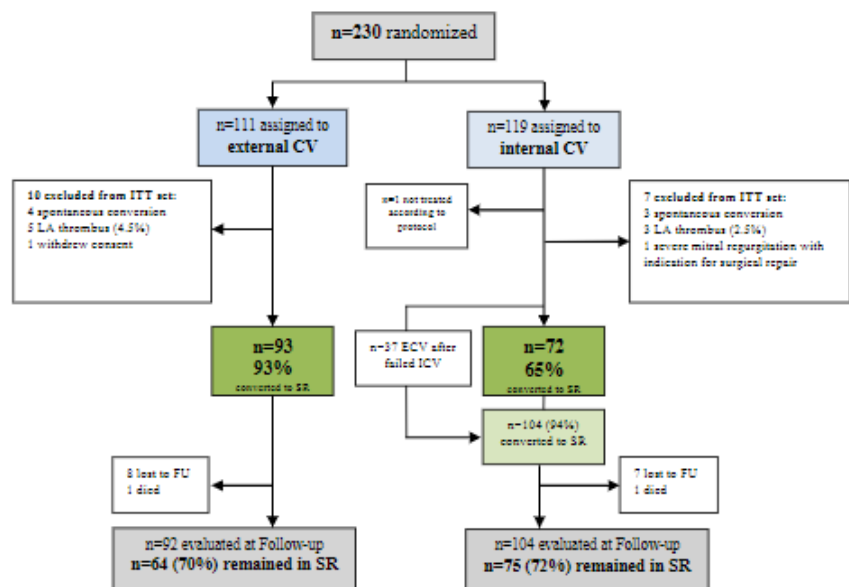
Actuellement, il n'y a pas de guidelines concernant les cardioversions de tachycardies atriales chez les patients porteurs d'un défibrillateur. 230 patients implantés d'un défibrillateur cardiaque et ayant une indication de cardioversion d'arythmie atriale ont été randomisés en choc électrique externe vs choc électrique par le DAI. Le succès immédiat de la cardioversion était de 93% dans le groupe choc électrique externe et 65% dans le groupe choc électrique interne. La cardioversion externe était plus efficace que la cardioversion interne et avait une sécurité similaire. La cardioversion interne a permis de révéler un dysfonctionnement silencieux de sonde chez 3 patients.

## Results

**Efficacy**  
93% vs 65%  
( $p < 0.001$ )

**hsTroponin**  
ICV +1.8% [-9.3 - +14.2%]  
ECV 0% [-10.5 - +16.7%]  
( $p = 0.810$ )

**Recurrence**  
30% vs 28%  
( $p = 0.636$ )



### Late Breaking trial EHRA 2019 - Jacques Mansourati Brest

**L'étude EMIT (Edoxaban Management In diagnostic and Therapeutic procedures) AF/VTE** avait pour objectif principal d'évaluer la sécurité et l'efficacité de la stratégie de poursuite ou d'arrêt de l'edoxaban lors d'une première procédure interventionnelle ou chirurgicale chez des patients ayant une anticoagulation pour fibrillation atriale (FA) ou maladie veineuse thrombo-embolique. Le critère de sécurité primaire était le taux de saignements majeurs à 30 jours de la procédure. Des 1284 patients sélectionnés, 1155 ont été inclus dont 1070 étaient traités pour FA. La moyenne d'âge était de 72 ans et le score CHADSVASC autour de 3,2. Le risque hémorragique était élevé chez 24% des patients. Il s'agissait d'une procédure en urgence dans 4,3% des cas. Le taux de patients subissant une procédure d'électrophysiologie ou de coronarographie et d'angioplastie était de 37,6%. Le traitement a été poursuivi sans interruption chez 30 % des patients. Le taux

de saignements majeurs était faible autour de 1,1% et celui de survenue d'événements ischémiques de 0,6%. Les procédures à haut risque étaient associées à plus d'événements. Cette étude confirme donc la sécurité de l'emploi de l'edoxaban de façon générale et dans les gestes à haut risque. Elle apporte ainsi une preuve supplémentaire en faveur de la non interruption des AOD lors des procédures interventionnelles.

**Le registre GALLERY (The German Laser Lead Extraction Registry)** est un registre allemand multicentrique (24 centres) rétrospectif (entre janvier 2013 et mars 2017) évaluant la sûreté et l'efficacité du Laser dans l'extraction des sondes endocavitaires. 2533 patients ont été inclus. La plupart de ces gestes ont été réalisés par des chirurgiens (92% des cas). L'âge moyen des patients est de 68 ans. L'infection était la cause de l'explantation dans 65% des cas. L'extraction des sondes a été totale dans 97,79%. Des complications majeures sont survenues dans 2 % des cas et mineures dans 2,25% des cas. La mortalité liée à la procédure était de 0,55 % et la mortalité hospitalière de 3,55%. Cette dernière était plus élevée (11%) en cas d'infection systémique qu'en l'absence d'infection systémique (0,55%). Cette étude montre l'efficacité de la technique laser dans l'explantation des sondes mais une élévation significative de la mortalité intra-hospitalière en cas d'infection systémique malgré l'explantation du matériel implanté. Elle met ainsi l'accent sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire en cas d'infection systémique.

**L'étude OPT-pace (Optimizing Medical Therapy In pacemaker patients for heart failure)** avait pour objectif principal d'évaluer le délai de survenue d'un premier événement (décès toute cause ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque) chez des sujets porteurs d'un stimulateur cardiaque et suivis pendant un an. Trois centres anglais ont inclus 1201 patients randomisés pour un suivi standard (602 patients) ou un suivi avec une échographie (599 patients). Dans ce dernier cas, 397 patients avaient une FEVG supérieure à 50% et 201 une FEVG < 50% : 101 ont été suivis par une équipe d'insuffisance cardiaque et 100 un suivi classique. Globalement le pourcentage de décès et d'hospitalisation au cours de la première année était similaire (6,3 et 6,2%) qu'une échographie ait été réalisée ou non. La prise en charge par une équipe d'insuffisance cardiaque a permis l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque (en particulier les bêtabloquants, IEC ou ARAII et Spironolactone). Cette étude avait plusieurs limites : l'absence de données de nombreux patients dans l'analyse de la mortalité et l'absence de la valeur de la FEVG à l'implantation. Une analyse plus détaillée des données devrait éclaircir les résultats.

Retrouvez davantage d'informations sur notre site Internet  
<https://www.sfcadio.fr/rythmologie-stimulation-cardiaque>

