

Newsletter Groupe Rythmologie – Stimulation cardiaque de la SFC

Chers collègues, chers amis

Nous vous proposons de retrouver ce mois-ci dans la newsletter du groupe 2 points d'actualités issus des dernières recommandations ESC pour la prise en charge de la fibrillation atriale, préparés par Pascal Defaye et Jacques Mansourati, et consacrés l'une à l'ablation de la fibrillation atriale, et l'autre à l'occlusion de l'auricule gauche.

Nous inaugurons aussi dans cette newsletter une nouvelle rubrique rédigée par Michel Chauvin avec des anecdotes d'histoire de la médecine qui nous l'espérons plaira au plus grand nombre.

Laurent Fauchier

L'ablation de la Fibrillation Atriale : quoi de neuf dans les nouvelles recommandations ESC 2020 ?

Pascal Defaye, CHU Grenoble-Alpes

Les indications, les techniques ainsi que les recommandations sur l'anticoagulation péri-procédure ont été parfaitement clarifiées par ces nouvelles recommandations.

En classe I, ces recommandations insistent sur la discussion avec le patient des risques de récurrences en fonction de l'ensemble du dossier clinique et donc du choix du patient.

Les indications d'ablation sont en classe I pour améliorer les symptômes après échec d'un antiarythmique (I ou III) pour la FA paroxystique, la FA persistante sans facteurs de risque majeurs de récurrence ainsi que la FA persistante avec facteurs de risque majeurs de récurrence (niveau B dans ce cas).

Si uniquement les bêta-bloquants ont été tentés, le niveau d'indication devient IIa.

En première intention et là encore pour la FA symptomatique, il s'agit d'une indication de classe IIa pour des patients sélectionnés, mais IIb pour la FA persistante.

En cas de cardiomyopathie rythmique, il s'agit d'une indication de classe I quels que soient les symptômes et sans précision sur le caractère paroxystique ou persistante.

Une nouvelle recommandation apparaît de classe IIa en cas d'insuffisance cardiaque et FA pour des patients sélectionnés et afin d'améliorer la survie et réduire les hospitalisations (étude CASTLE-AF).

En classe IIa, l'ablation peut être considérée dans les syndromes brady-tachycardies pour éviter l'implantation d'un stimulateur cardiaque.

Concernant les techniques, à nouveau, les recommandations insistent sur l'isolation des veines pulmonaires qui est le but de l'ablation en classe I. Il n'est même plus stipulé le type d'énergie, peu importe cryoablation ou radiofréquence, le but est d'isoler électriquement de façon complète les 4 veines pulmonaires. La réalisation de lésions additionnelles, quelles qu'elles soient, est en classe IIb, il n'y a aucune preuve de leur utilité : zones de bas voltage, lignes, activités fragmentées, foyers extra-veineux rotors.

Par contre, l'ablation concomitante du flutter est maintenant en classe IIb même si un flutter a été enregistré.

Les modifications du mode de vie, notamment la perte de poids et le strict contrôle des facteurs de risque, est en classe I quand on propose une ablation.

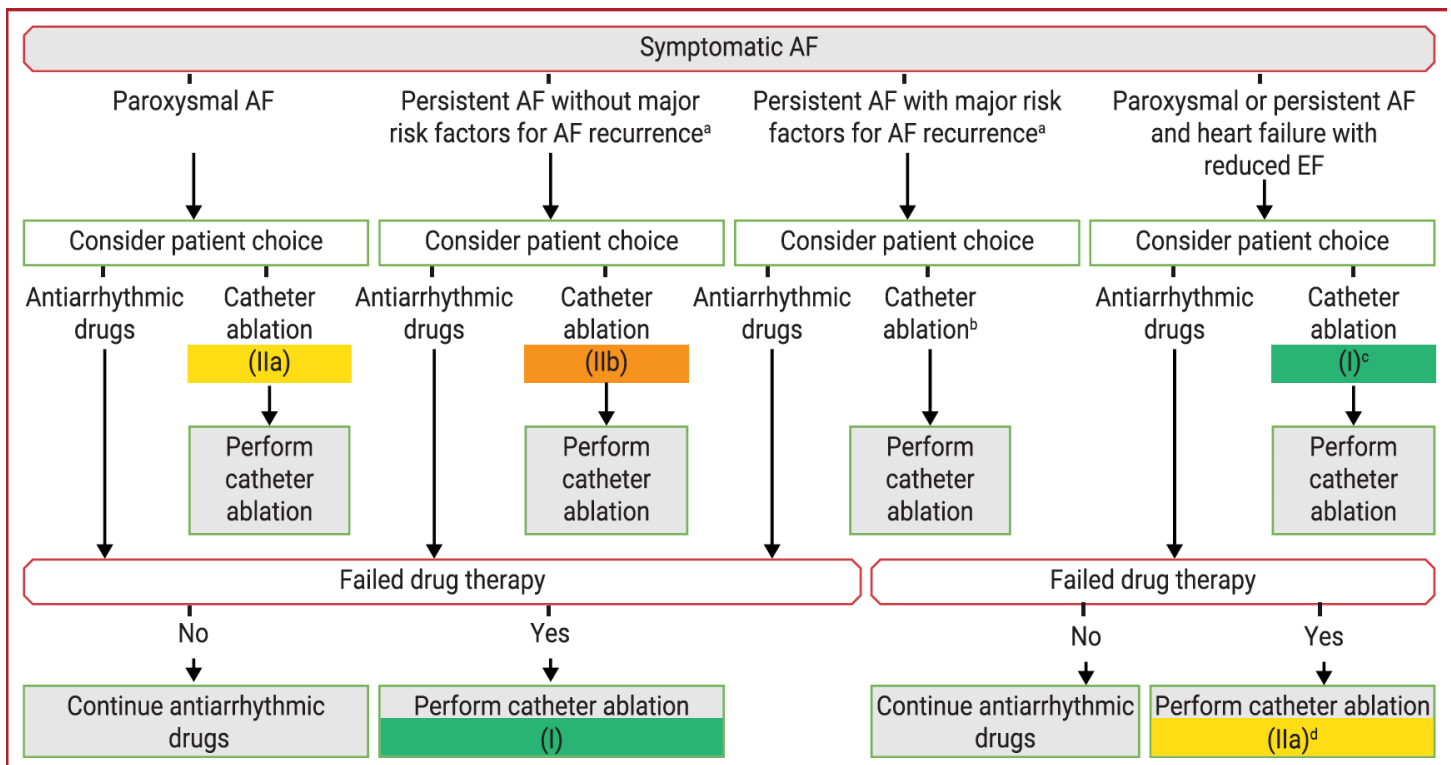


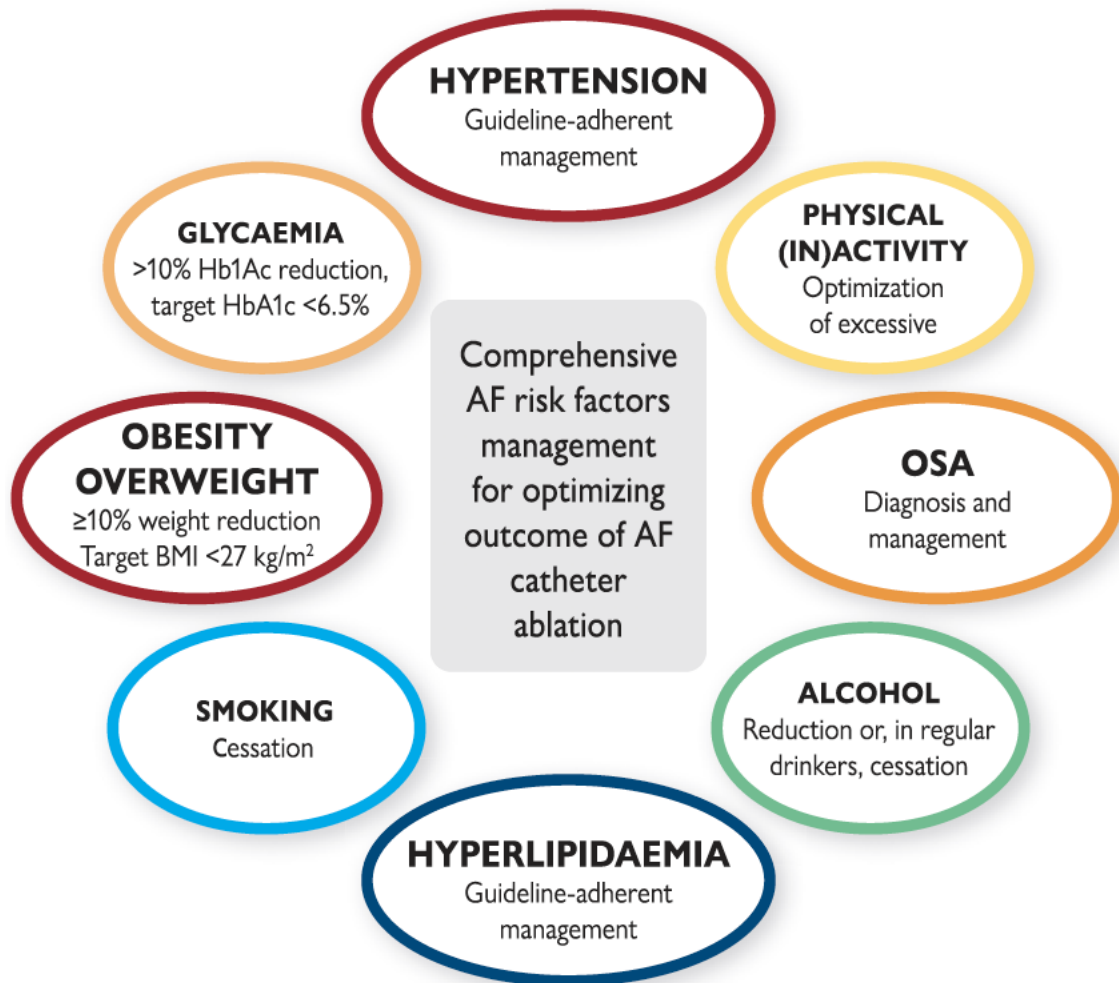
Pour ce qui concerne l'ablation chirurgicale, le chapitre est plus réduit qu'en 2016, elle était probablement un peu trop mise en avant dans les recommandations précédentes. Elle est pourtant recommandée en classe IIA au sein d'équipes expérimentées rythmologues/chirurgiens : ablation hybride en classe IIA. En classe IIA, on retrouve également l'ablation chirurgicale associée à une procédure de chirurgie cardiaque en insistant bien sur la sélection des patients en fonction du risque de récurrence.

Enfin, ces recommandations abordent l'anticoagulation péri-procédure : anticoagulation 3 semaines avant la procédure en classe I mais alternative si ETO réalisée en classe IIA sans anticoagulation préalable ce qui est nouveau. En classe I également et c'est nouveau, on recommande de ne pas arrêter les anticoagulants pour réaliser la procédure d'ablation.

En post-procédure, 2 mois d'anticoagulation sont recommandés (classe I), et poursuite au long cours selon le profil de risque d'AVC du patient et non pas du succès apparent de la procédure (classe I)

On le voit donc, ces recommandations 2020 ne sont pas révolutionnaires mais elles confirment les indications, en incluant les patients de type « CASTLE-AF-like », les techniques qui sont basées sur l'isolation électrique complète des veines pulmonaires et pas sur les techniques complémentaires extra-veineuses, ainsi que l'anticoagulation qui ne doit pas être arrêtée avant la procédure d'ablation.





Traitement antithrombotique après occlusion de l'auricule gauche : quoi de neuf dans les nouvelles recommandations ESC 2020 ?

Jacques Mansourati, CHRU Brest

Si l'occlusion de l'auricule gauche chez les patients ayant une FA est une procédure efficace dans la majorité des cas (98% de succès immédiat) avec un risque de complications acceptable de 4% à 30 jours, les recommandations 2020 de l'ESC maintiennent l'indication de cette technique en classe IIb avec un niveau de preuve B chez les patients ayant une contre-indication aux anticoagulants à long terme. Cette indication est de la même classe IIb avec un niveau de preuve C pour l'occlusion chirurgicale de l'auricule gauche. L'accent est d'ailleurs mis sur l'absence d'étude comparant le risque hémorragique sous AOD (qui est moindre que celui des AVK utilisés dans les premières études comparatives) par rapport au risque lié aux prothèses pour le moment.

Une autre question qui reste en suspens est celle du traitement antithrombotique à utiliser dans les suites ainsi que sa durée en raison du risque lié à la prothèse elle-même.



Les stratégies recommandées sont en fonction du type de prothèse utilisé et du risque hémorragique :

- **Quel que soit le risque hémorragique et le type de prothèse**, l'aspirine avec une posologie comprise entre 75 et 325 mg par jour est recommandée avec une durée indéfinie.
- **En plus de l'aspirine :**
 - **Dans les cas des prothèses Watchman avec un risque hémorragique faible**, les AVK sont recommandés avec un INR entre 2 et 3 pendant 45 jours ou jusqu'à la réalisation d'une ETO de contrôle. Les AOD peuvent être une alternative. Une fois les anticoagulants interrompus, le clopidogrel à la posologie de 75 mg/j doit être utilisé jusqu'à 6 mois après la procédure.
 - **Prothèses watchman avec un risque hémorragique élevé**, les anticoagulants ne sont pas indiqués mais le clopidogrel est à utiliser à la posologie de 75 mg par jour pendant un à 6 mois jusqu'à vérification de la bonne occlusion à l'ETO.
 - **Prothèses ACP/Amulet quel que soit le risque hémorragique**, pas d'anticoagulant mais plavix 75 mg/j pendant un à 6 mois jusqu'à l'ETO de contrôle.

L'occlusion de l'auricule à distance est considérée suffisante pour assurer une protection lorsqu'il reste une fuite de moins de 5 mm.

Ces recommandations maintiennent donc la place des antiagrégants pendant la période post-opératoire où le risque embolique lié à la prothèse est encore significatif et réel tel que l'a montré un registre français (L Fauchier et al, JACC 2018) avec une incidence de 7,2% par an de thrombose à la surface des dispositifs d'occlusion. La présence d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant était un facteur protecteur dans ce registre. L'implantation d'un dispositif d'occlusion de l'auricule ne doit donc pas se concevoir en cas de contre-indication absolue à tout antithrombotique vu le risque de thrombose qu'il implique en leur absence.

Le maintien de l'aspirine tel que le suggèrent les recommandations pendant une durée indéfinie reste tout de même discutable.

Plus récemment, l'essai clinique français ADRIFT, publié en 2020 dans Circ Cardiovasc Interv, suggère une meilleure efficacité du Rivaroxaban à la posologie de 10 ou 15 mg par jour comparé à une double antiagrégation pendant 3 mois après l'occlusion de l'auricule gauche.

Une évaluation à plus large échelle reste bien sûr à réaliser pour définir la meilleure stratégie et la durée optimale du traitement antithrombotique.

Histoire et témoignages

Michel Chauvin, Institut de Cardiologie de Strasbourg

C'est la folle histoire d'une découverte qui allait révolutionner la Cardiologie.

Nous sommes en 1929. Immérgé dans la dure réalité du quotidien d'un hôpital secondaire de la banlieue de Berlin, un médecin a l'idée d'expérimenter pour la première fois chez l'homme un acte vétérinaire qui consistait à mesurer les pressions intracardiaques d'un cheval par l'intermédiaire d'un tuyau introduit dans sa jugulaire !

Surprenant, n'est-ce pas, d'autant que ce médecin... est un jeune interne de 25 ans, chirurgien généraliste en devenir! Il consulte son patron qui oppose comme on s'en doute un « nein » catégorique au projet. Pas du tout découragé,



l'interne propose d'en être le cobaye : « nein ! », réitère le patron, soucieux de garder vivants ses collaborateurs. Tant pis, on se passera de l'accord du boss (ce qui est des plus inattendus de la part d'un étudiant allemand et serait bien sûr inimaginable aujourd'hui...).

Le nom de ce jeune indiscipliné ? Werner Forssmann.

Le plan est élaboré.

En premier lieu, se procurer des instruments chirurgicaux : une infirmière de bloc apparemment séduite par le jeune homme y pourvoit bien volontiers. Ensuite, profiter de la pause postprandiale du midi (gastronomie germanique oblige) et s'isoler avec l'infirmière dans une salle pour commettre l'irréparable (honne soit qui mal y pense) : « s'auto-cathétériser » !

De sa main droite, Werner dénude calmement la céphalique gauche, l'isole avec une pince, l'incise et y introduit... une sonde urétrale ! Vous remarquerez avec raison qu'il est curieux d'accomplir cette manipulation seul quand une infirmière vous accompagne et pourrait vous assister. Oui, mais voilà, elle vient d'être sournoisement ligotée sur la table d'opération ! Non, rien de pervers à ça : ainsi entravée, elle n'ira pas alerter l'hôpital en découvrant cet auto-cathétérisme dont elle avait accepté d'être seule la victime, dévouement oblige !

Le cathéter apparemment en place, Werner libère l'infirmière, descend quelques étages pour le repérage radiographique, en tire une photo pour la postérité et la montre à son patron qui ravale finalement ses reproches devant la portée de l'expérience. Il encourage même son élève à la publier, ce qui est fait, non sans avoir associé le nom d'une sommité berlinoise pour la crédibilité, un grand nom qui en profite d'ailleurs pour s'attribuer naturellement l'idée de la manip !

Mais le véritable auteur sera vite reconnu, et voilà comment on devient, quelques années plus tard, Co-Prix Nobel de Médecine avec André Cournant !

