

CMH

Place de l'alcoolisation septale

ACCA

6 Janvier 2026

Dr Léo CUENIN



Comment ? (1)

= Nécrose localisée dirigée du bourrelet septal sous-aortique obstructif

Injection sélective lente d'alcool (96%) dans S1 (S2,S3...)

- env. 0,1cc par mm de septum hypertrophié

Guidée par ETT et par mesures invasives HD

- repérage préalable par injection sélective d'iode
(bourrelet hyperéchogène)

Sous surveillance ECG permanente

- passage en BBD complet fréquent (critère de succès ?)
- SEES systématique



Comment ? (2)

Surveillance 5 jours à l'USIC

- retrait SEES à J1 si pas de TDC au scope
 - dosage CPK toutes les 6h pour estimer l'intensité de la nécrose :
- => bon résultat prédictif si pic > 1000-1500 UI/L

ETT à la sortie :

- diminution partielle du gradient (akinésie septale)

ETT à 3 mois :

- résultat définitif

Complications

BAV complet : 7-20%

- surtout si BBG préalable +++
- risque proportionnel à la quantité d'alcool administrée
- incidence plus faible dans les centres à haut volume
- désynchronisation induite par PM souvent bénéfique dans CMHO
- HCM-risk score AVANT alcoolisation car possible indication de DAI plutôt que PM

Autres complications = exceptionnelles

- TV/FV (2-5%) dans les 48h (surveillanceUSIC)
- CIV
- infarctus antérieur / inférieur (collatérales septales)
- rupture pilier mitral
- mortalité <1%

Cas clinique (1)

Homme 71 ans

CMH suivie à Marseille depuis 2021

Sous PROPRANOLOL 160mg/j

Asymptomatique jusqu'en 2025 mais syncopes récidivantes récentes

FEVG 60%

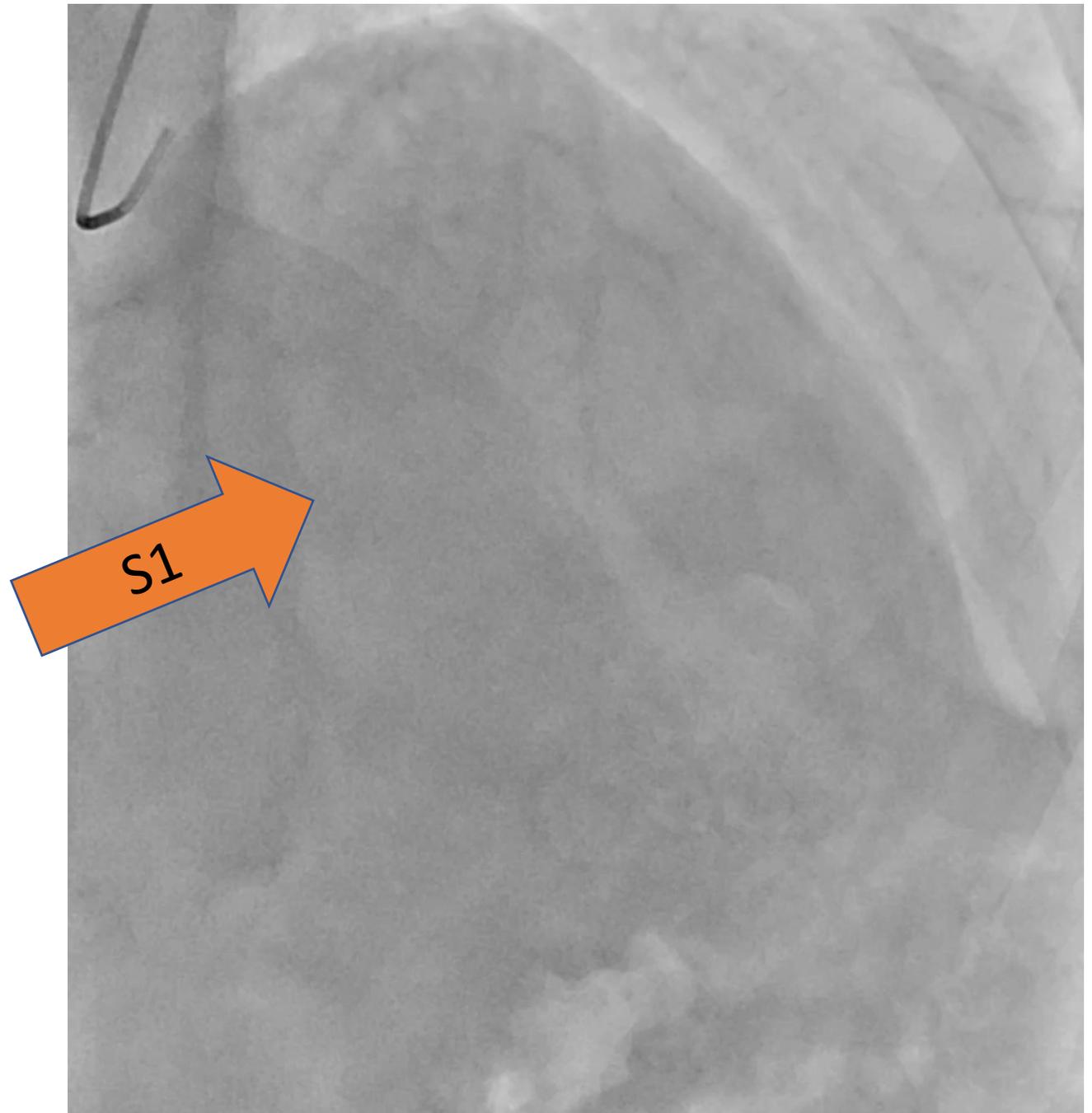
Gradient au repos = 0 mais 80 mmHg après Valsalva

Doit rapidement subir une chirurgie de prostate

Exploration hémodynamique invasive

REVEAL

Cas clinique (2)

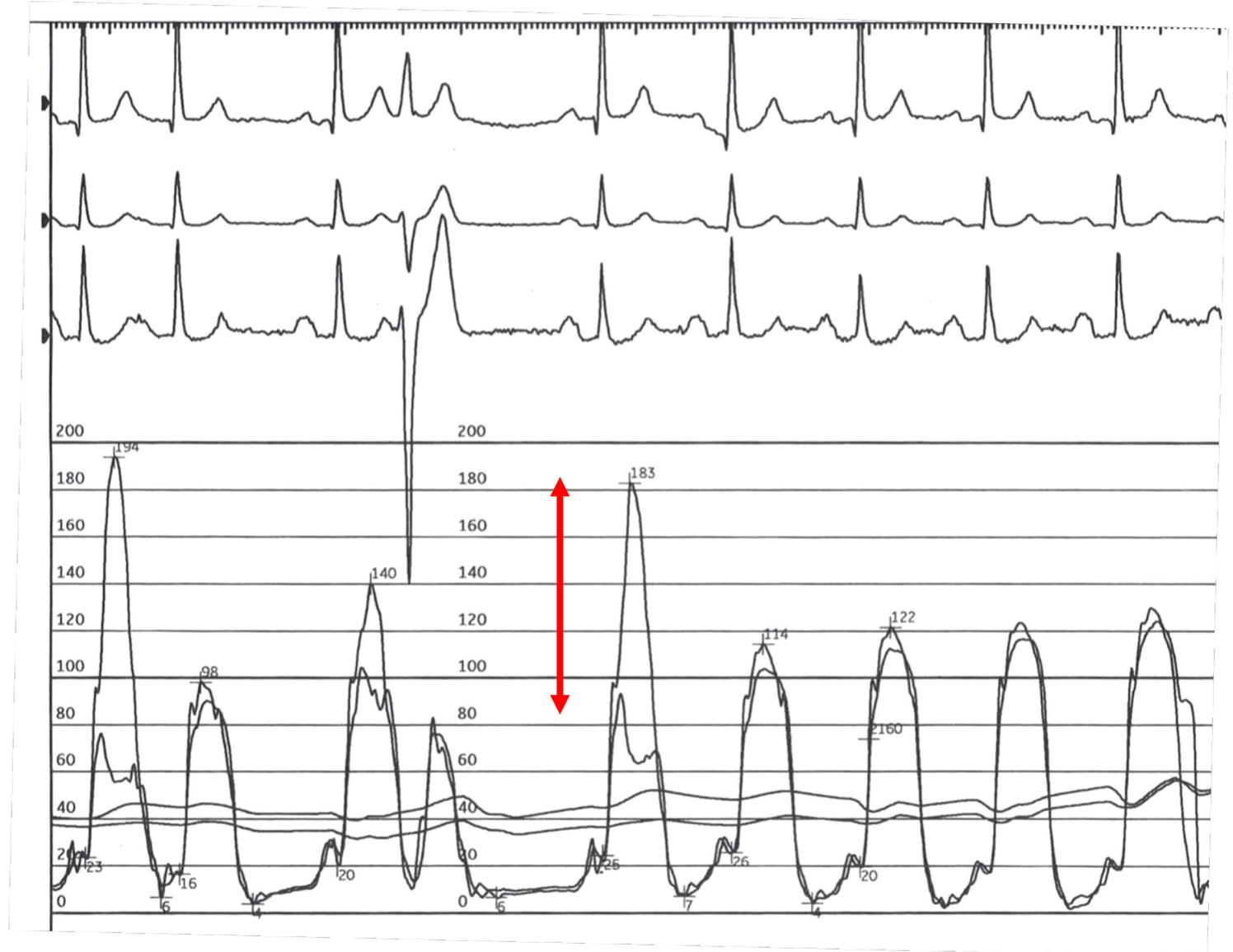


Cas clinique (3)

Diagnostic positif :

Effet Brokenbrough-Braunwald
= majoration du gradient et chute de la pression aortique après une ESV

Ici 100 mmHg entre l'apex VG et la CCVG



Cas clinique (4)

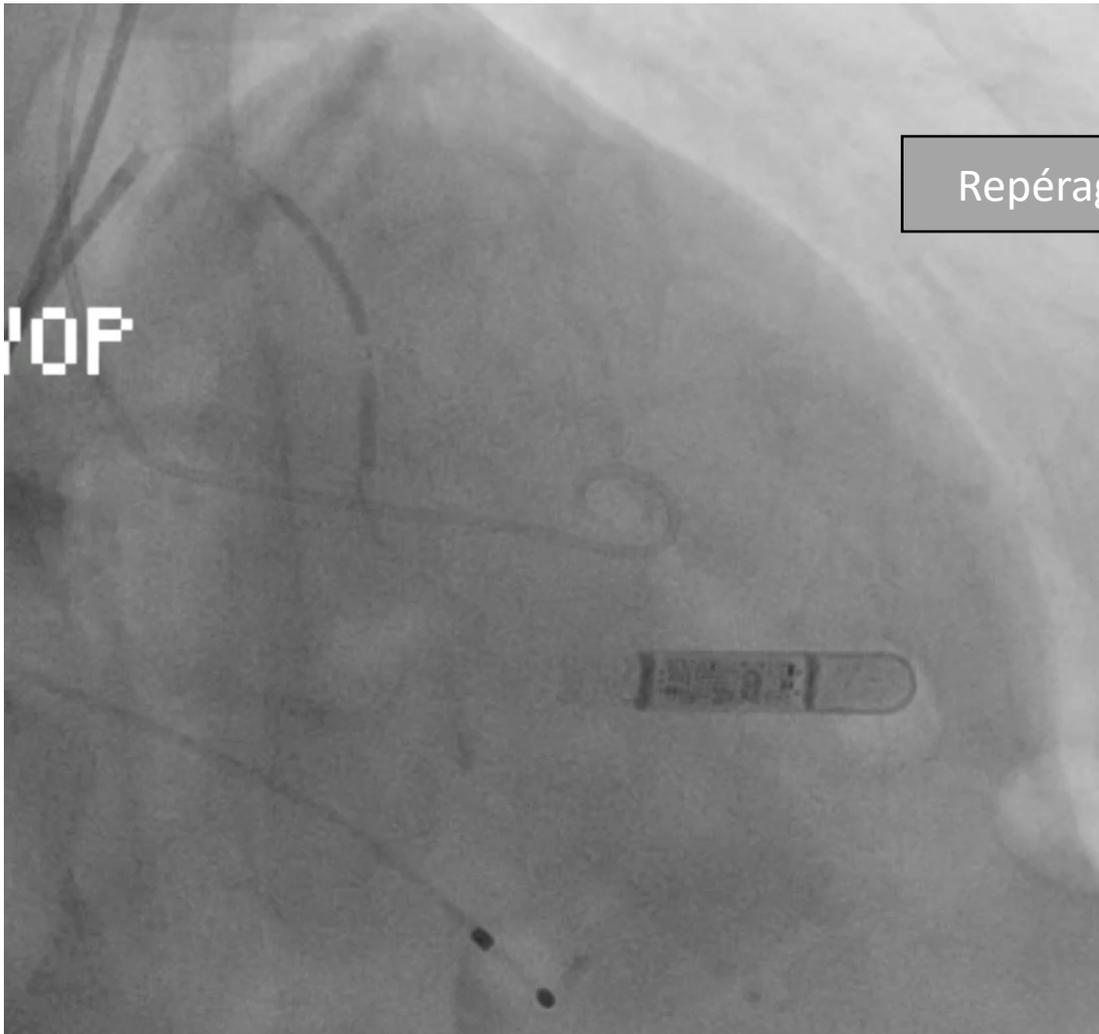
Staff médico-chir :

chirurgie urologique « urgente »

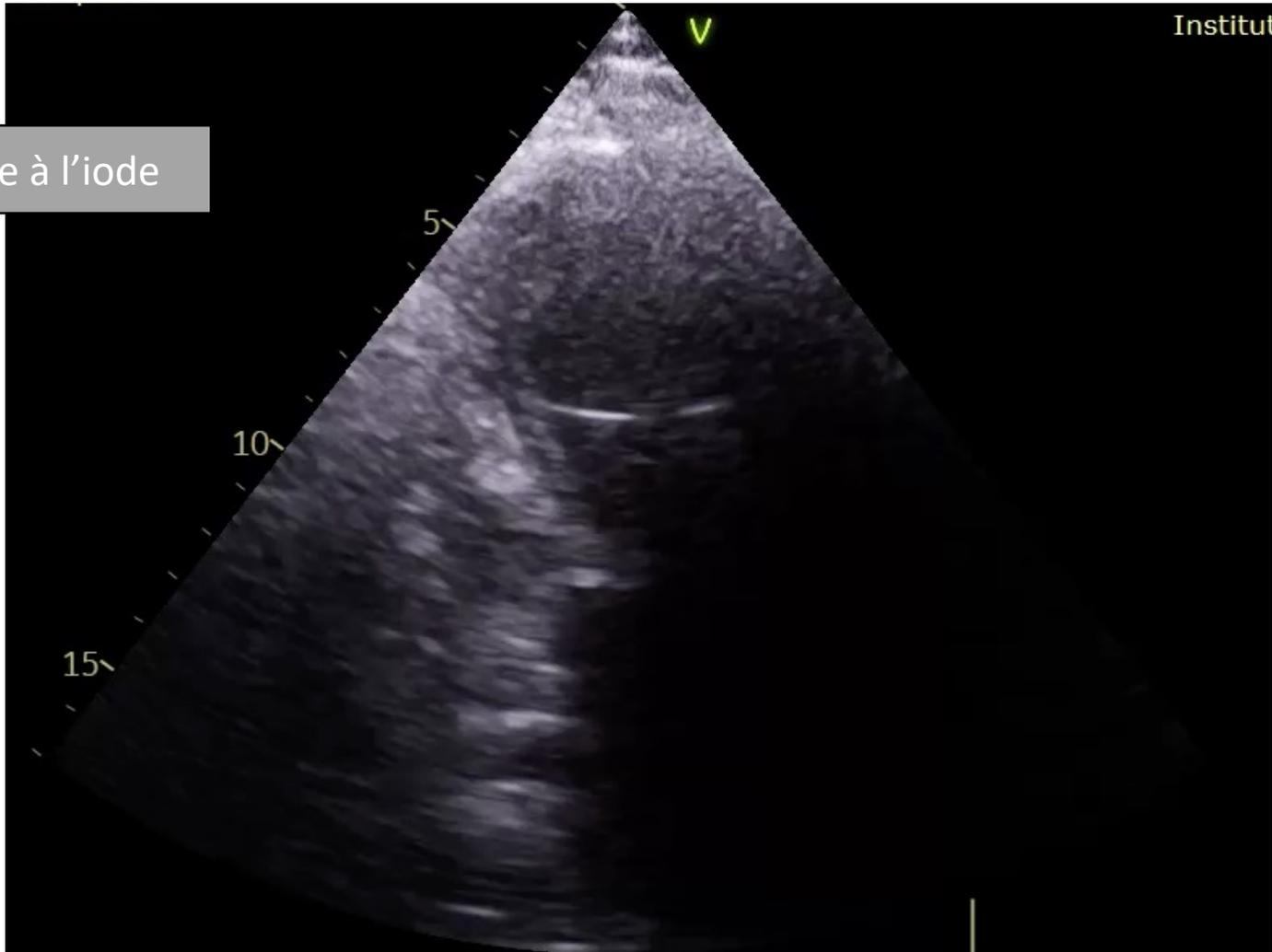
on propose au patient une **alcoolisation septale** en première intention

Efficacité maximum en 16 sem vs 32 sem pour Mavacamten

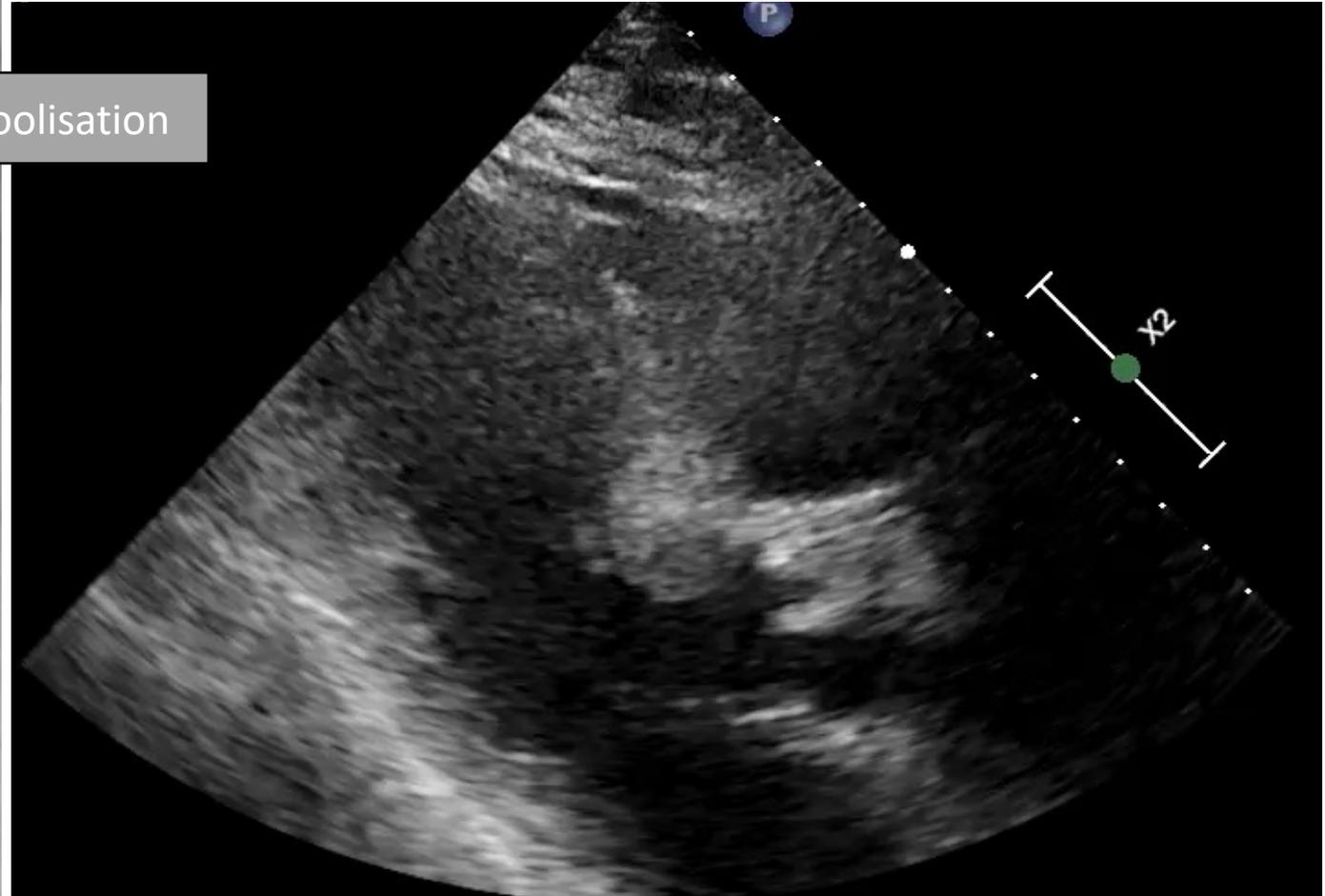
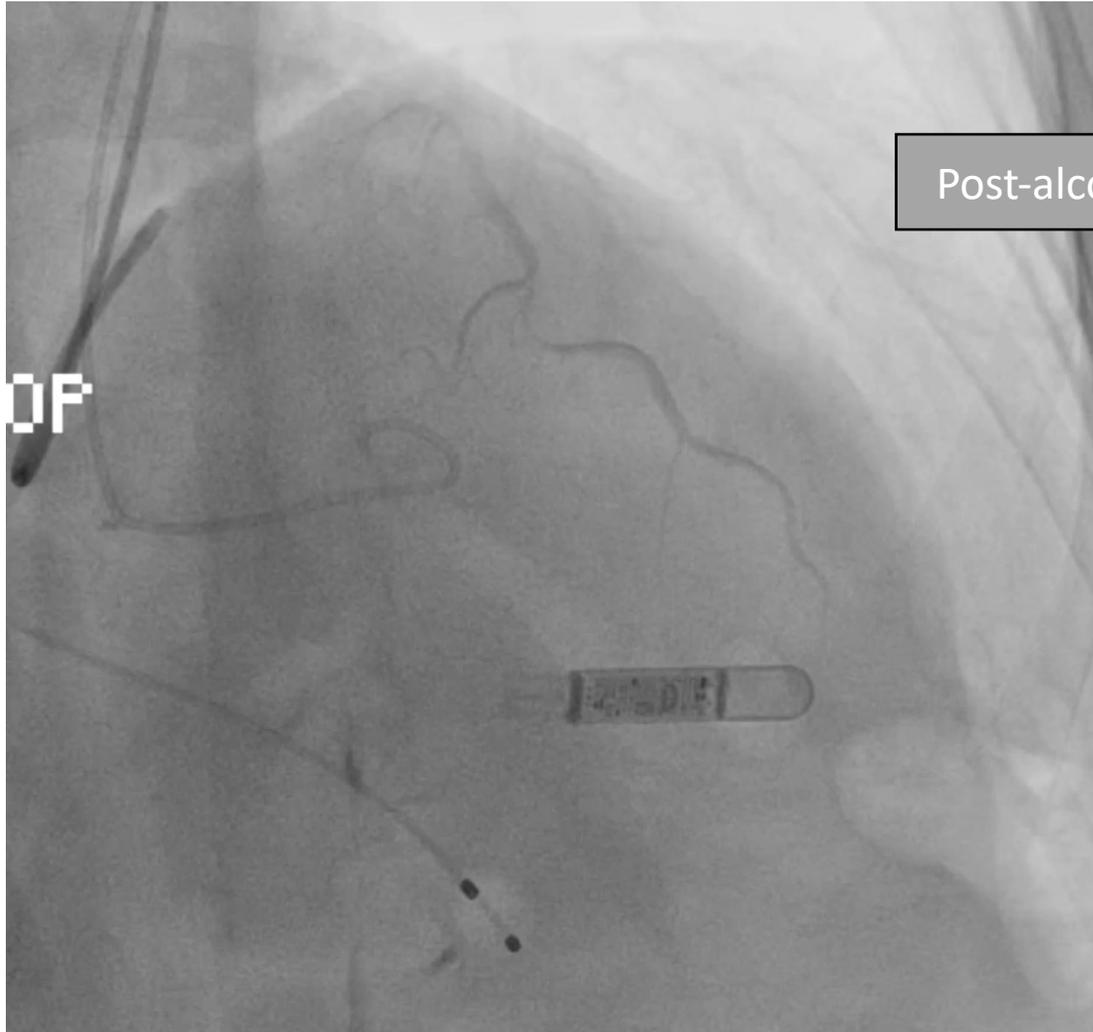
Cas clinique (5)



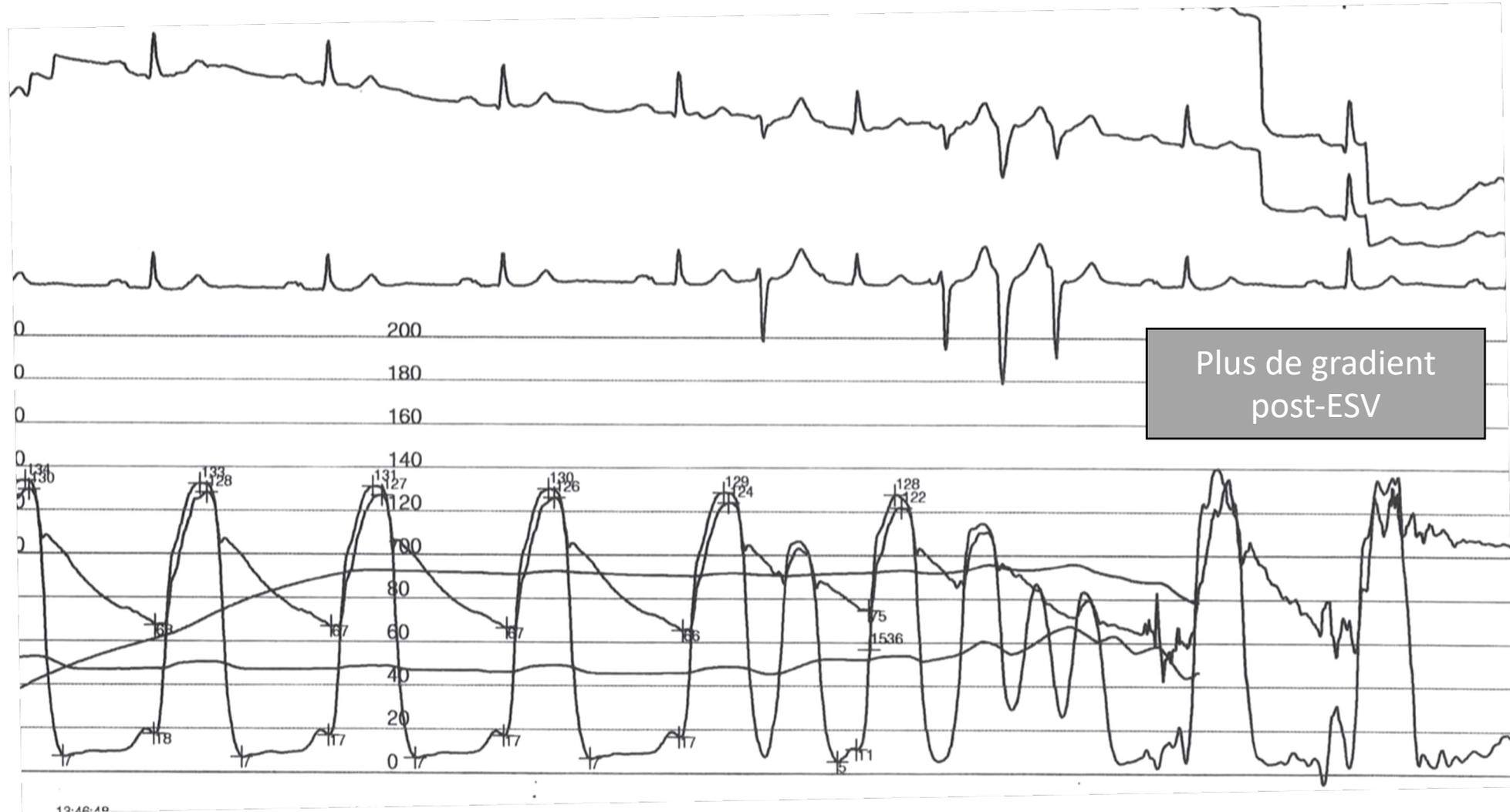
Repérage à l'iode



Cas clinique (6)



Cas clinique (6)



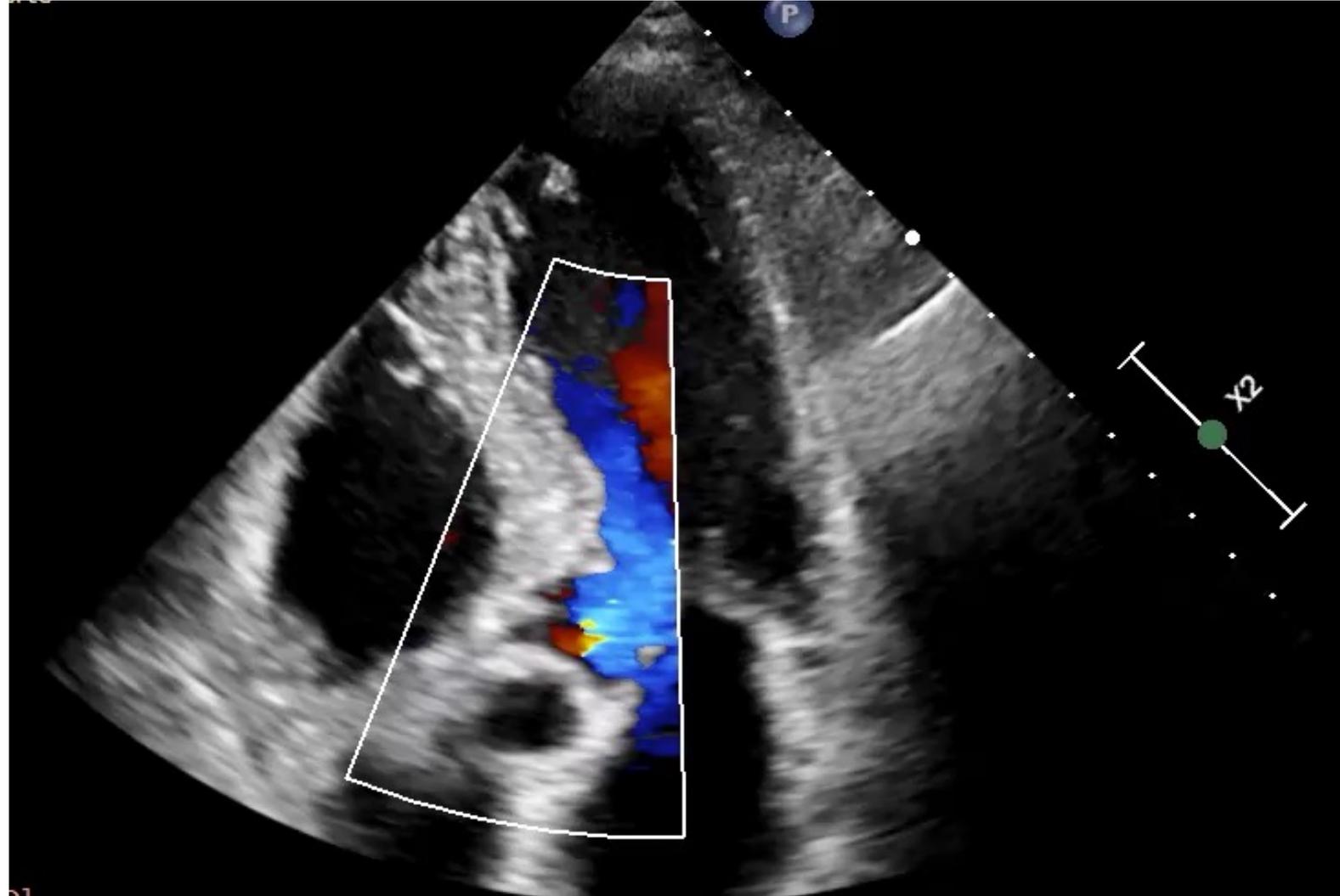
Cas clinique (7)

Echo d'effort à 1 mois :

Gradient max repos 14 mmHg
Au pic 24 mmHg

Actuellement à 5 mois :

Aucune récurrence de syncope
Pas de TDC au Reveal



Resting/provocable LVOTO ≥ 50 mmHg

Symptoms

Beta-blockers or verapamil
may be considered
(Class IIb)

Beta-blockers
(Class I)

Still symptomatic or intolerant/contraindication to beta-blockers

Verapamil
(Class I)

OR

Diltiazem
(Class I)

Still symptomatic

Disopyramide
(Class I)

OR

Mavacamten
(Class IIa)

Still symptomatic

Septal reduction therapies
(Class I)

ESC guidelines 2023

Comparaison Mavacamten / Alcoolisation

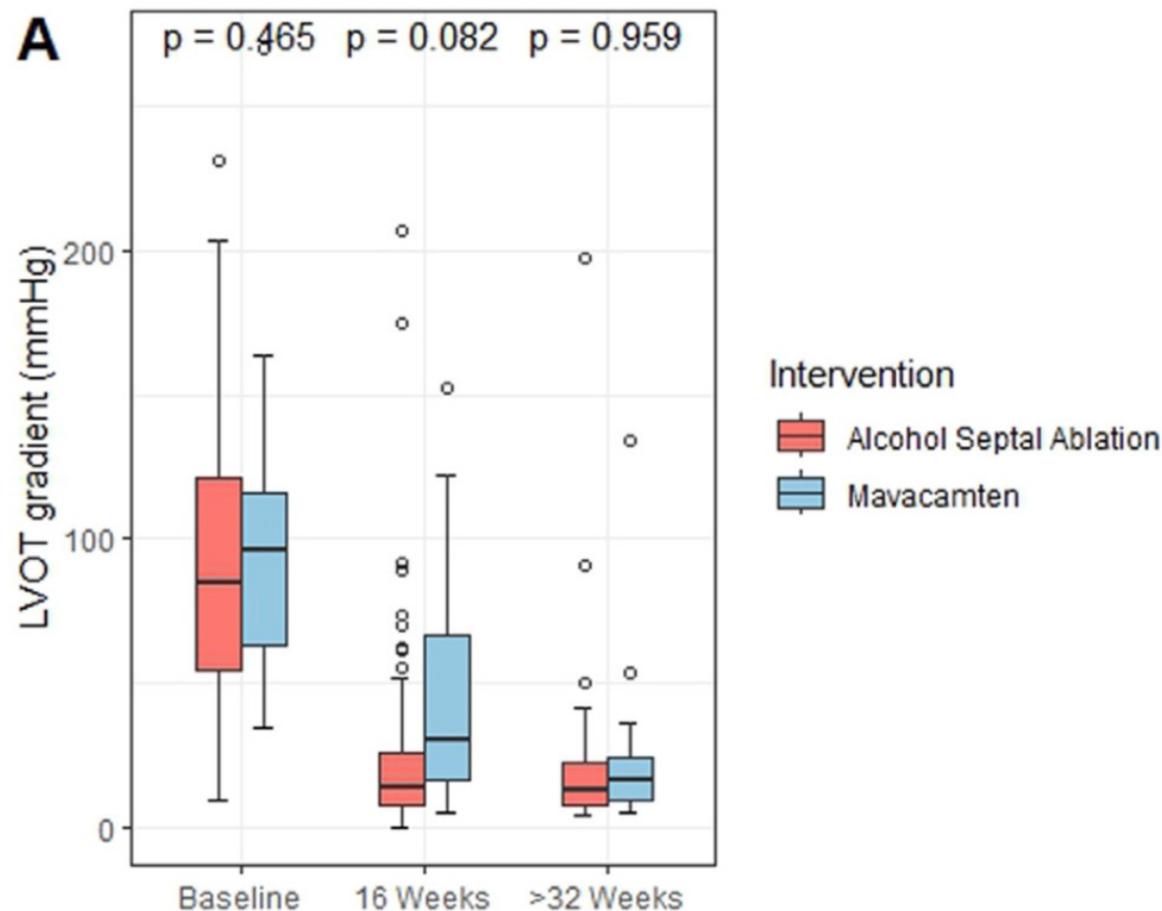
Pas d'essai randomisé en
comparaison directe

=> VALOR-HCM :

- montre que le Mavacamten
réduit la nécessité d'une thérapie
de réduction septale

- met l'alcoolisation septale
percutanée et la myectomie
chirurgicale sur le même plan

Une étude comparative rétrospective



Conclusion / Place de l'alcoolisation en 2026

Plus invasif que le traitement médicamenteux

Mais technique à maîtriser (opérateurs expérimentés) car il reste de bonnes indications :

- **Échec / efficacité insuffisante du ttt médicamenteux**
- **Nécessité d'une amélioration rapide +++**
- **Avant TAVI en cas de CMHO associée (prévention du suicide ventriculaire)**
- **En bail-out après TAVI en cas de CMHO méconnue (suicide ventriculaire)**
- **En bail-out après TMVI en cas d'obstruction sous-aortique de novo**