

Ablation de FA

Gestion des récurrences

Guillaume THEODORE

Didier SCARLATTI

Fabien SQUARA

Unité de rythmologie

CHU NICE

Questions à se poser en cas de récurrence après une ablation

- Quel était le type de FA?
- Quand l'ablation a-t-elle été réalisée?
- Quel a été l'impact de la RF sur la FA?
- Quelle forme de récurrence: FA ou TA?

Quel était le type de FA?

FA

PAROXYSTIQUE

FA PAROXYSTIQUE

Physiopath = « gachette » +++

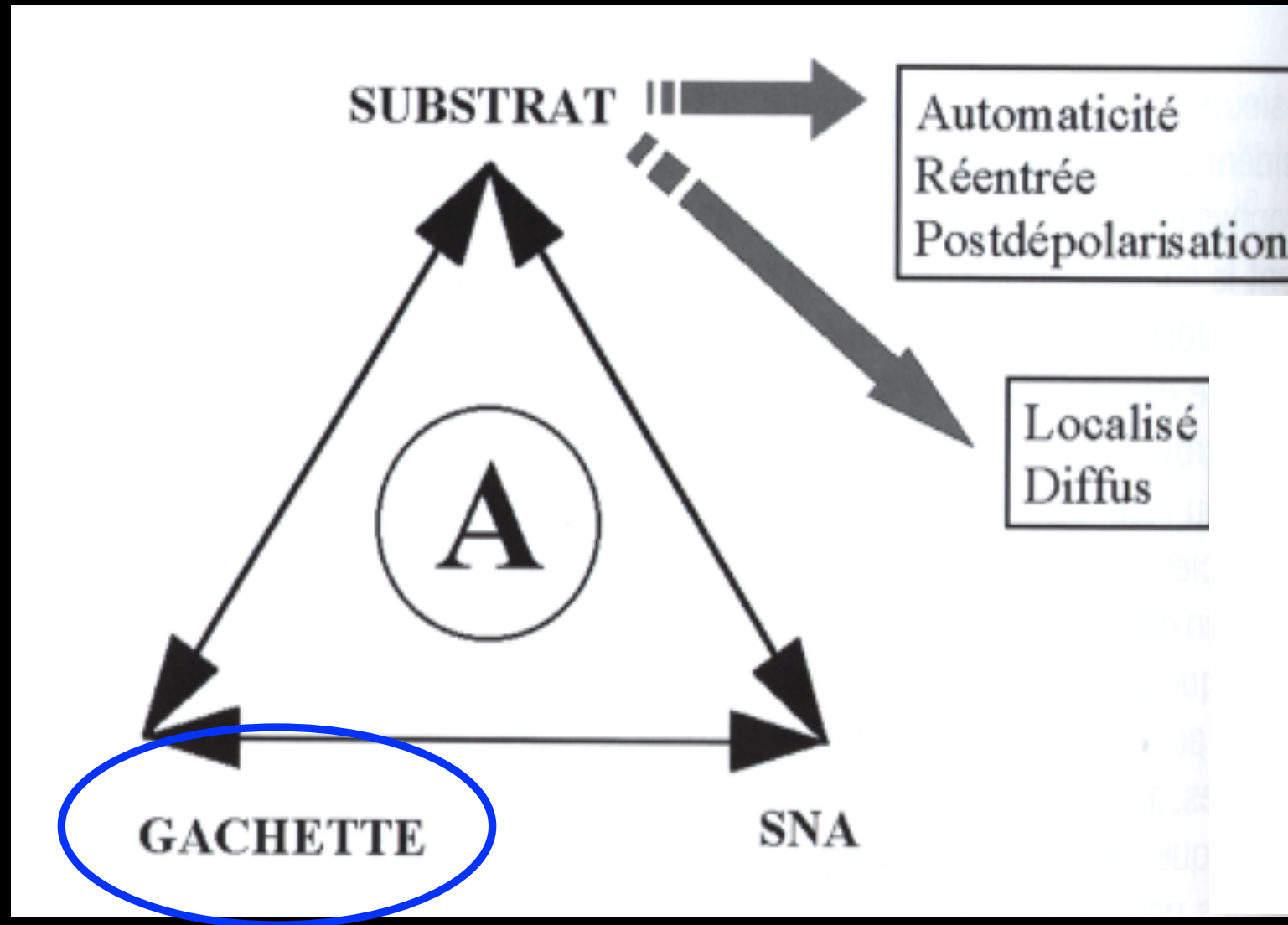
FA sur cœur « sain », OG non dilatée, crises brèves

EXTRA SYSTOLE des VPs +++ (GACHETTE) peu de substrat OG



Ablation de la FA paroxystique

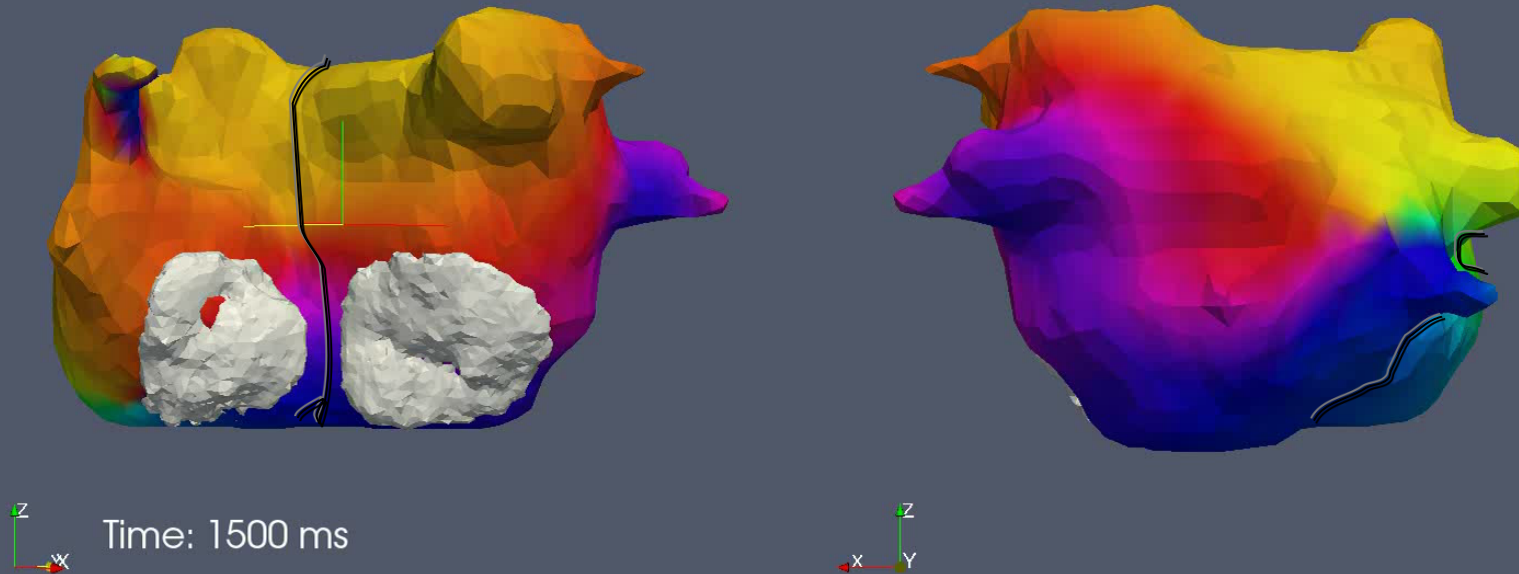
objectif : la gâchette

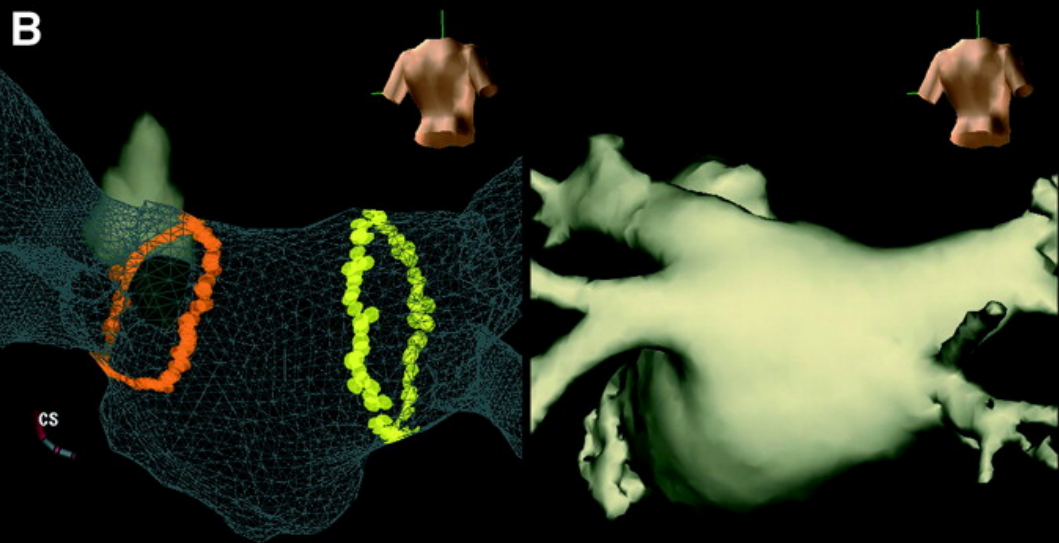
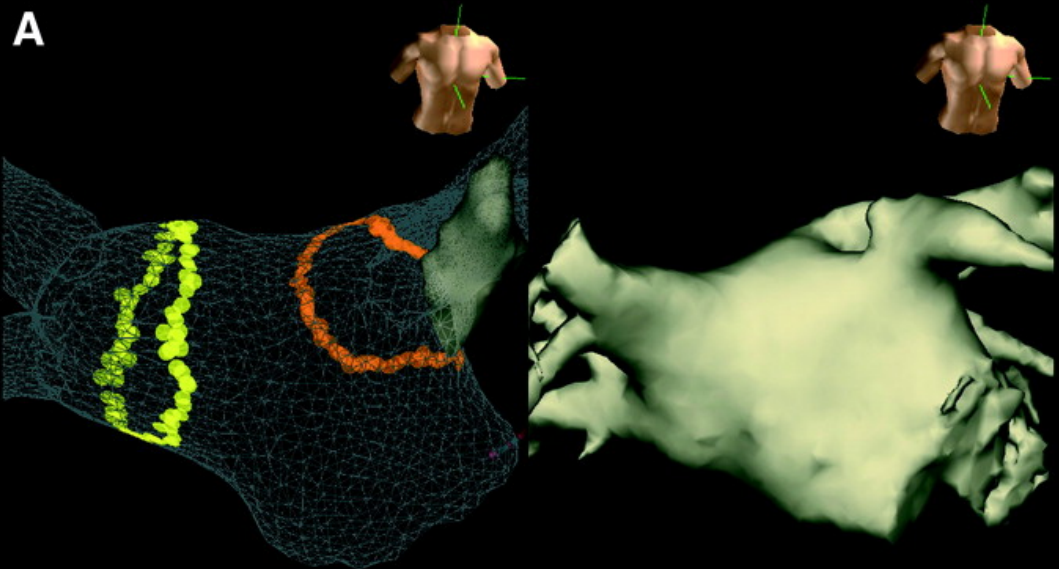


Cartographie Panoramique d'une FA Paroxystique

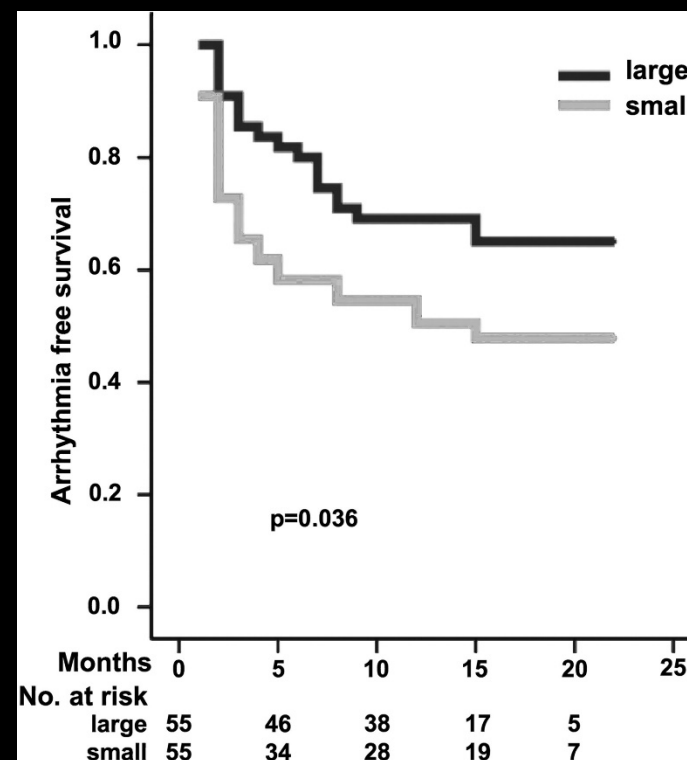
les sources sont très souvent dans les régions périveineuses

Chaque cycle est différent

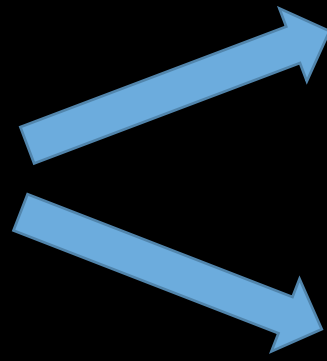




Isolation ANTRALE (substrat peri veineux)

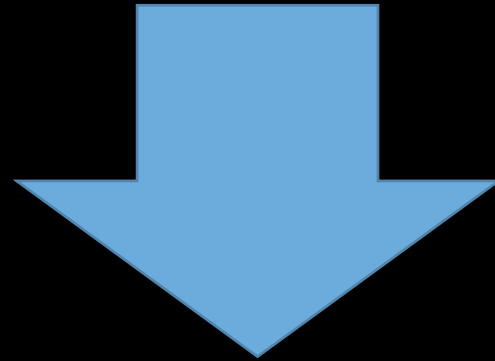


RECIDIVE



RECONNECTION VEINEUSE ++

FOYER(S) EXTRA-VEINEUX



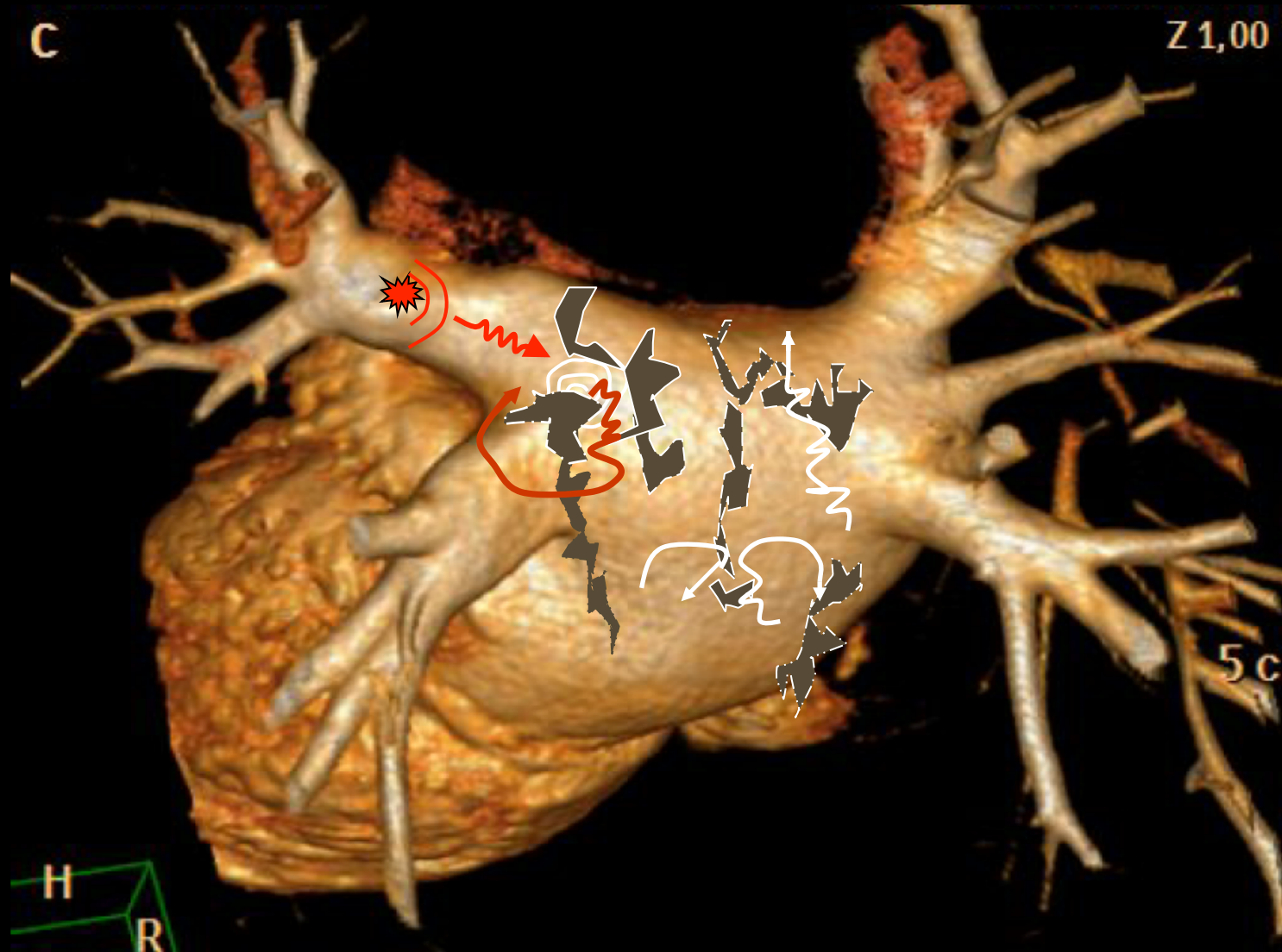
Proposer un complément d'ablation
> 80% du travail est déjà fait...

Quel était le type de FA?

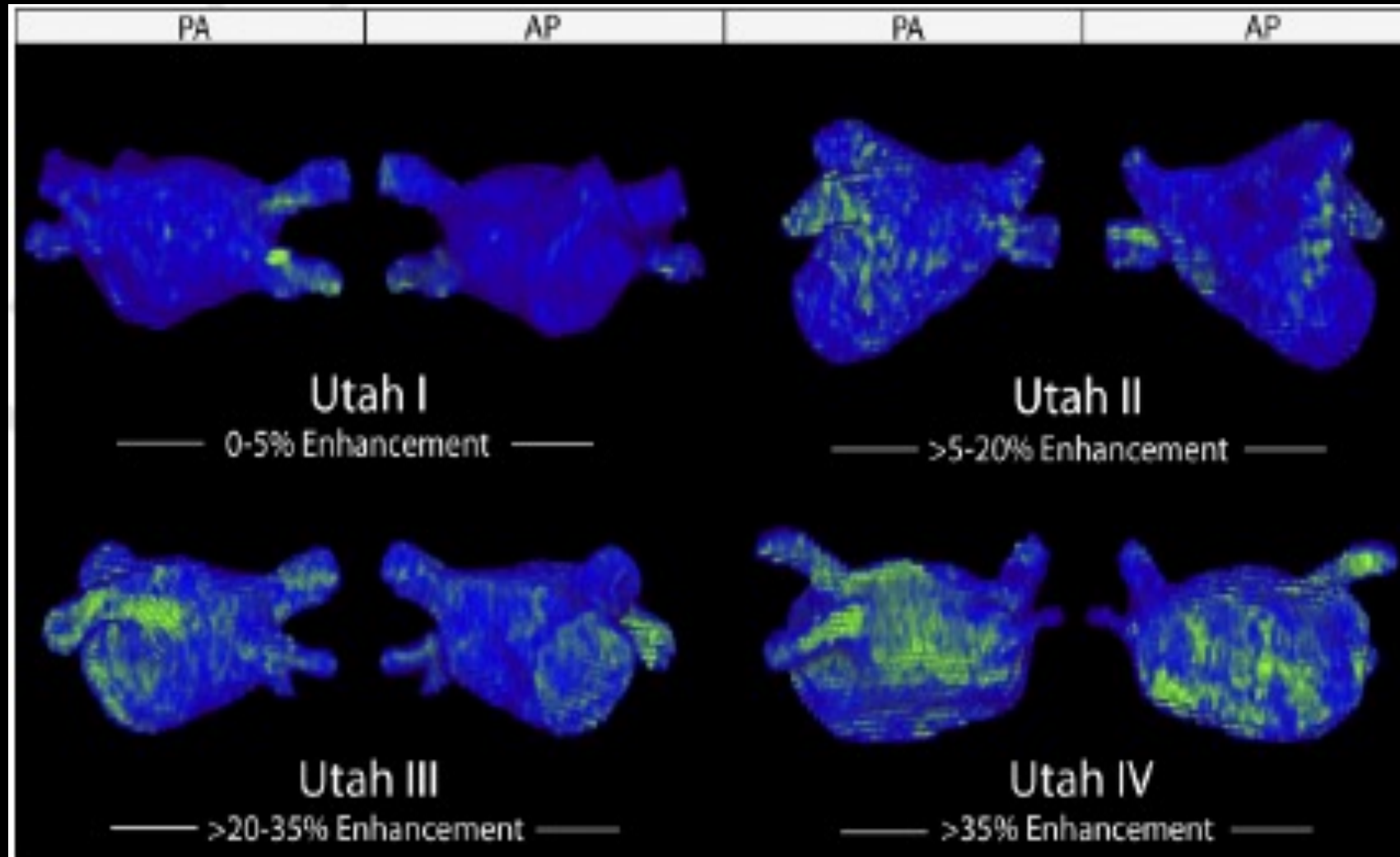
FA Persistante

FA PERSISTANTE et PERSISTANTE de longue durée

OG dilatée, crises prolongées,
pas de retour spontané rapide en rythme sinusal (cardioversion)

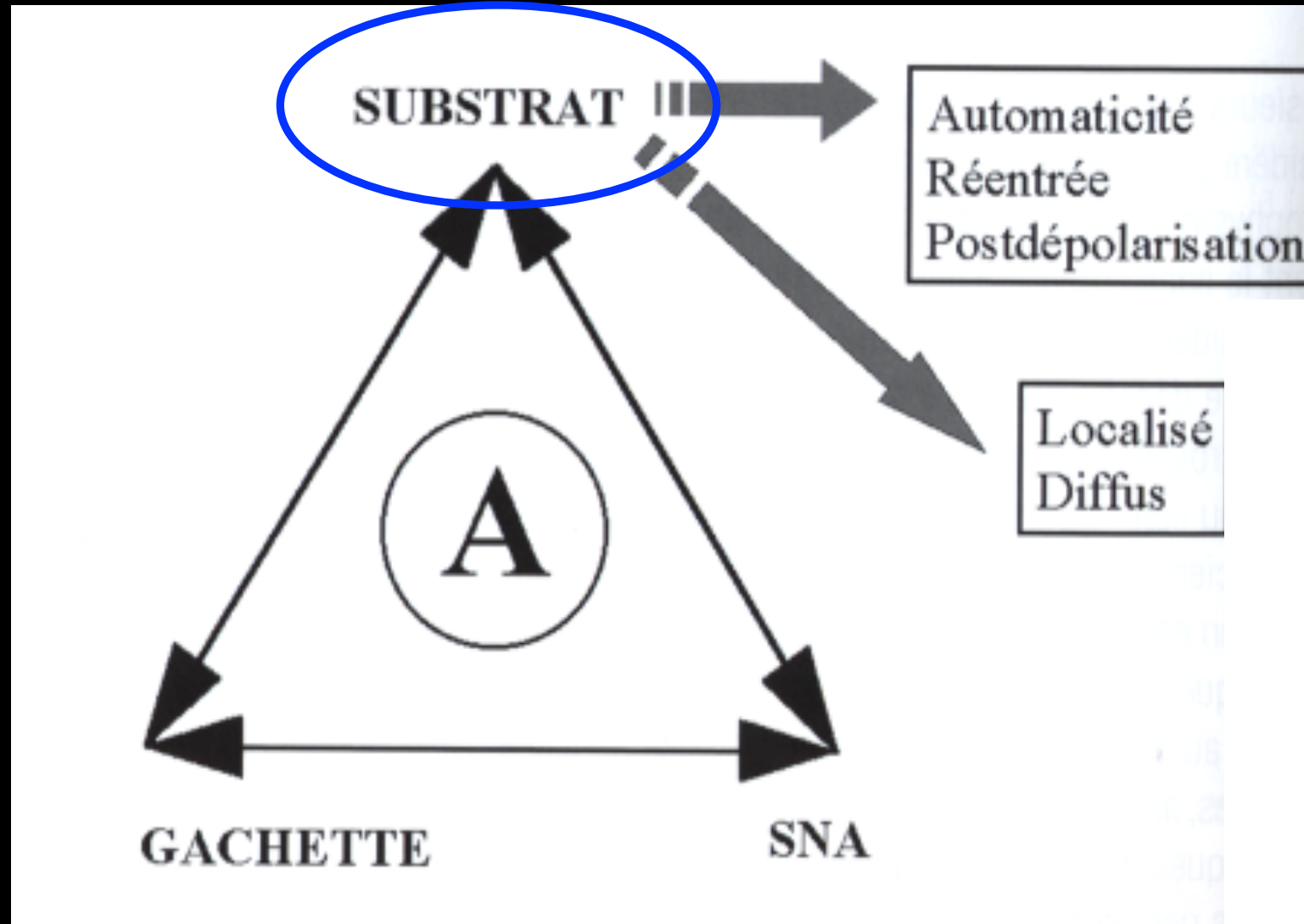


FA persistante : remodelage anatomique de oreillette gauche

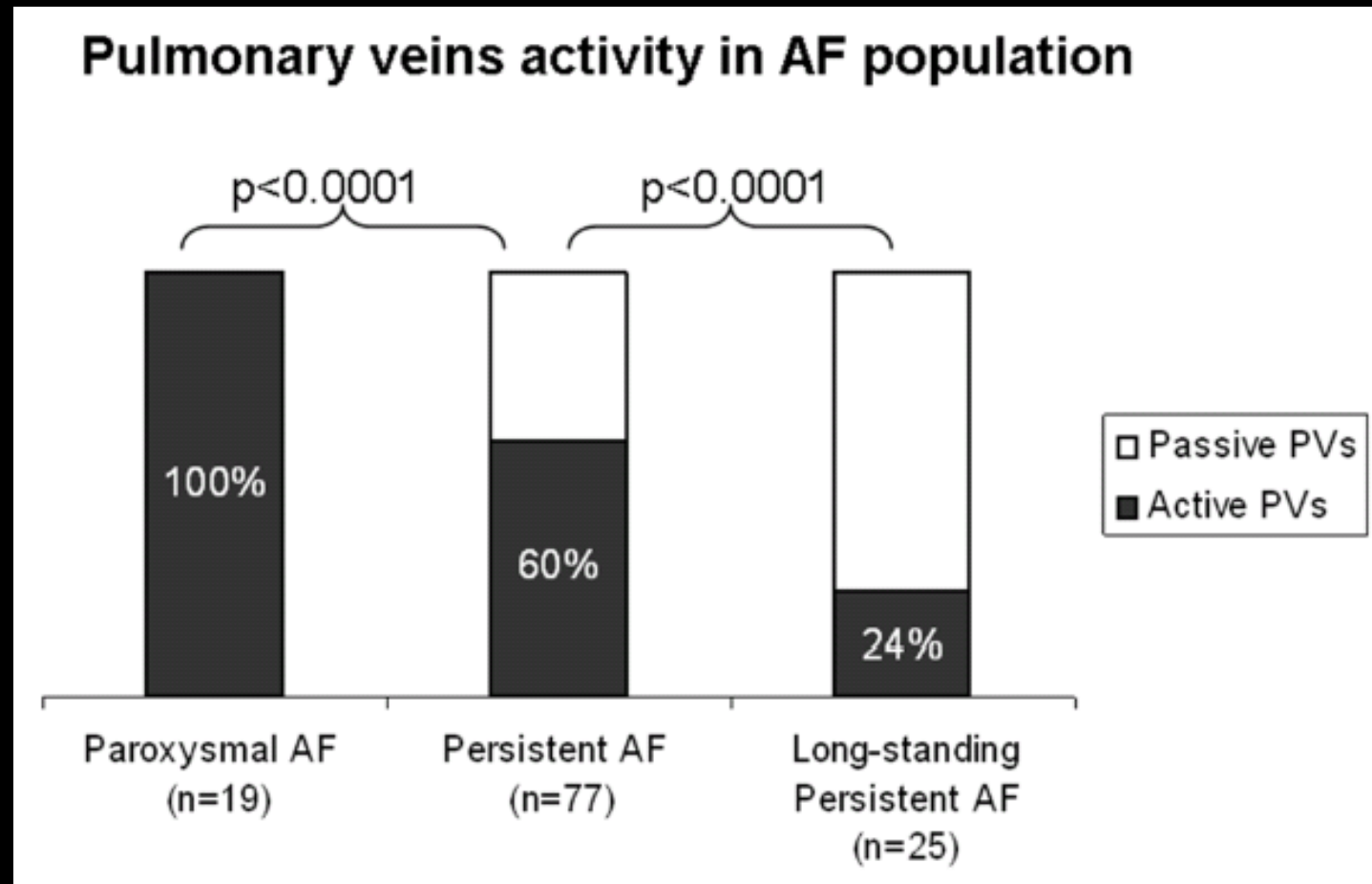


Ablation de la FA persistante

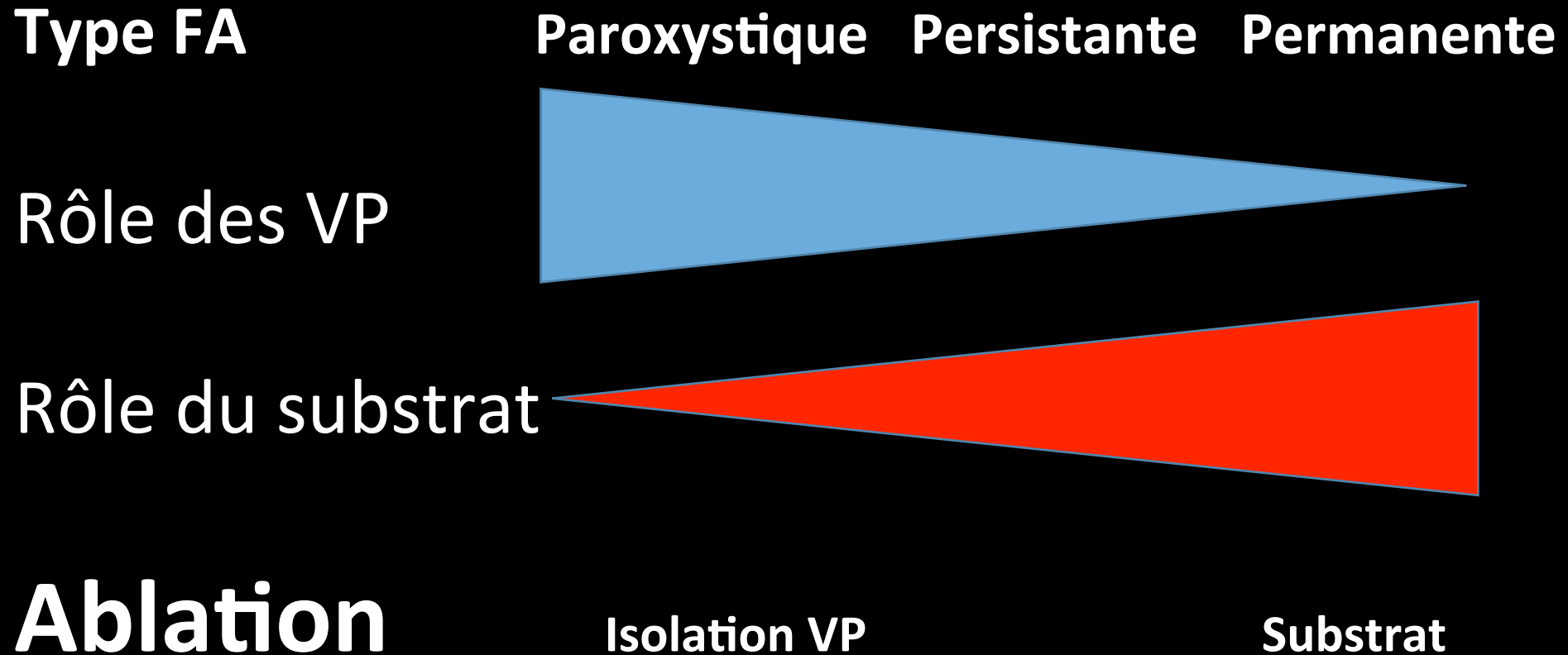
objectif : le substrat



Les veines Pulmonaires ne sont pas toujours actives

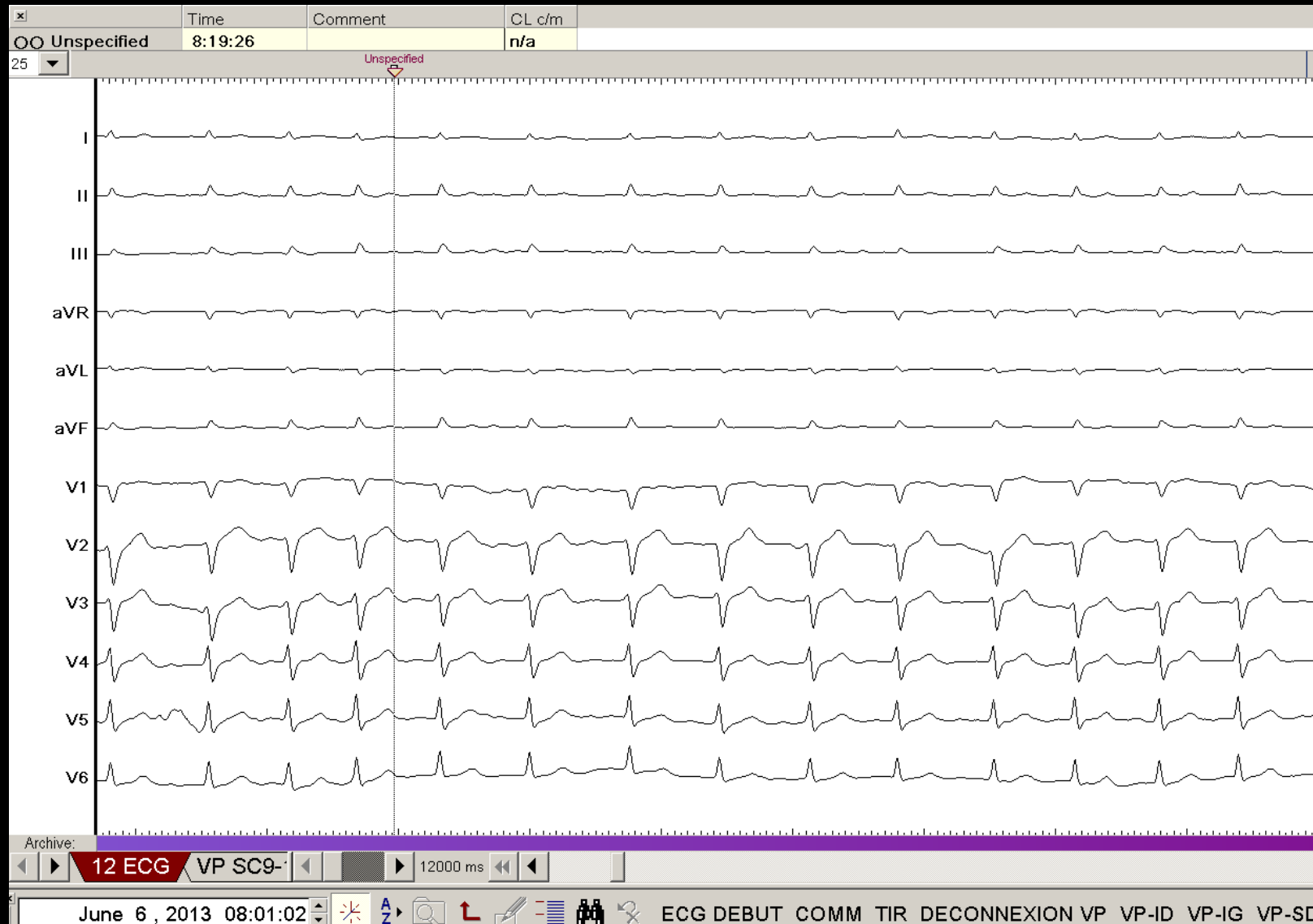


Stratégie d'ablation selon le type de FA



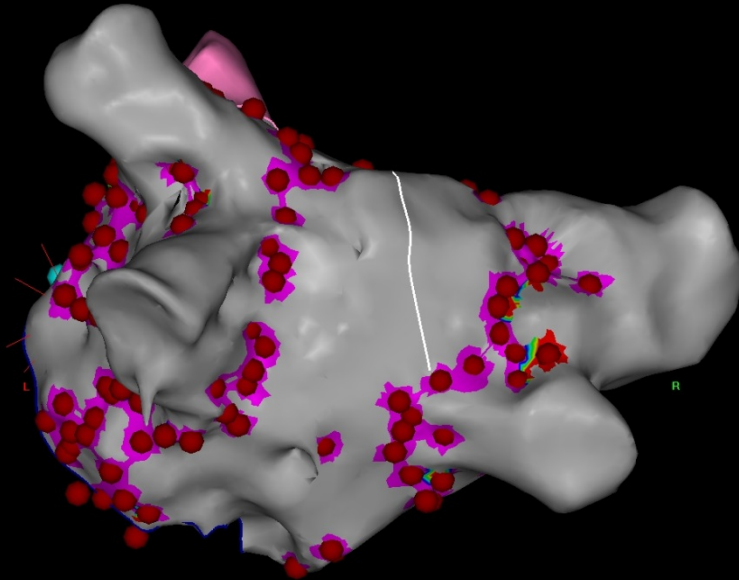
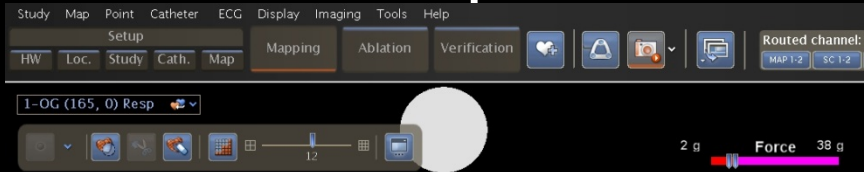
Gestion des recidives: EXEMPLE n°1

**56 a, coronarien, FA persistante dg=11 mois,
OG46mm, Récidive immédiate après CEE,
dysthyroïdie sous amiodarone**



ETAPE 1 : ISOLATION LARGE VEINEUSE

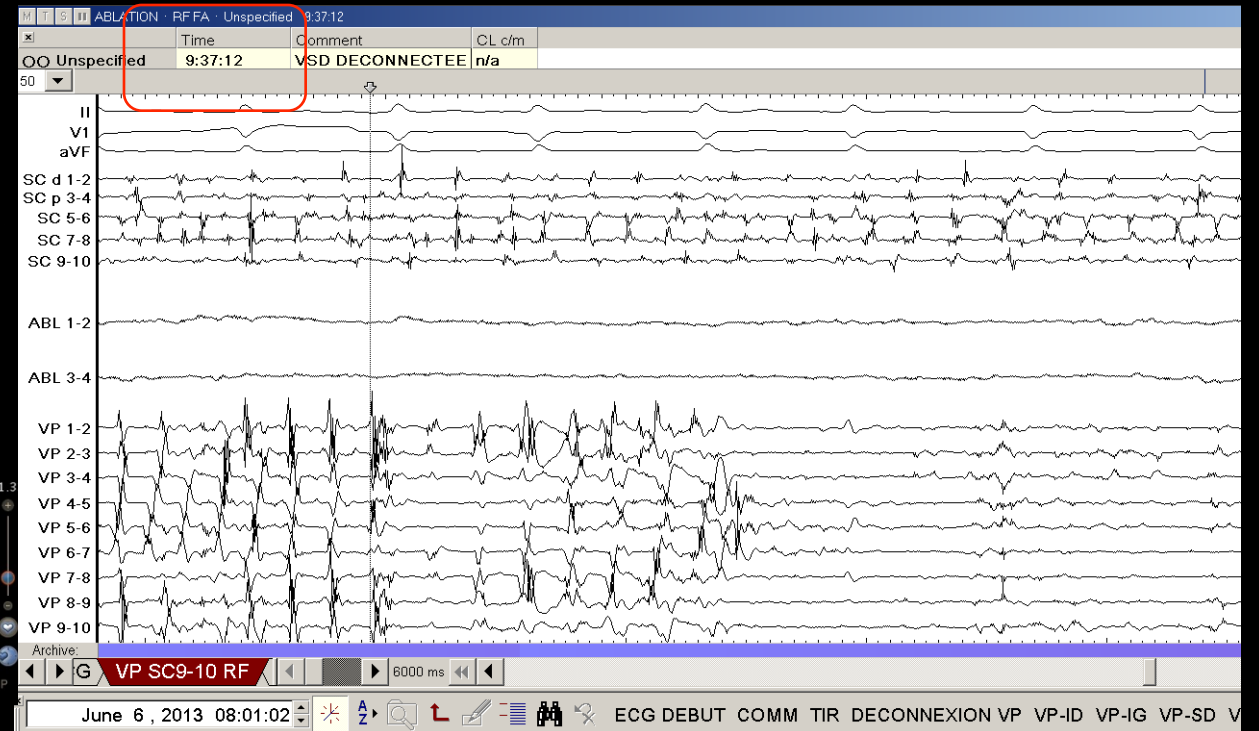
➔ aucun impact sur la FA...



Acquire

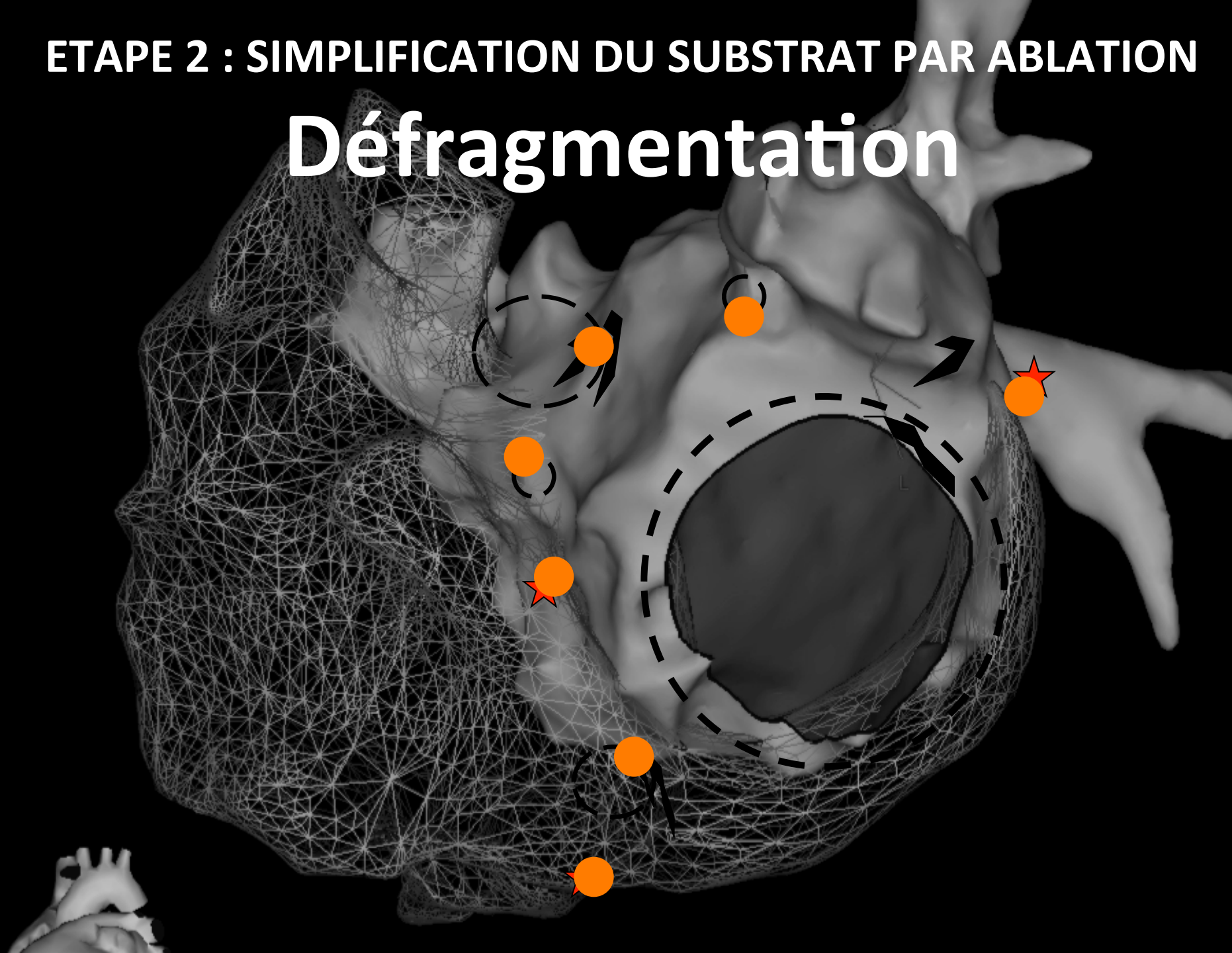
CL	LAT	Bi	Imp
214	N/A	N/A	N/A

Volume: 157.95 LAG: 0°
Caudal: 10° Swivel: 180°
AP PA LAO RAO LL RL INF SUP

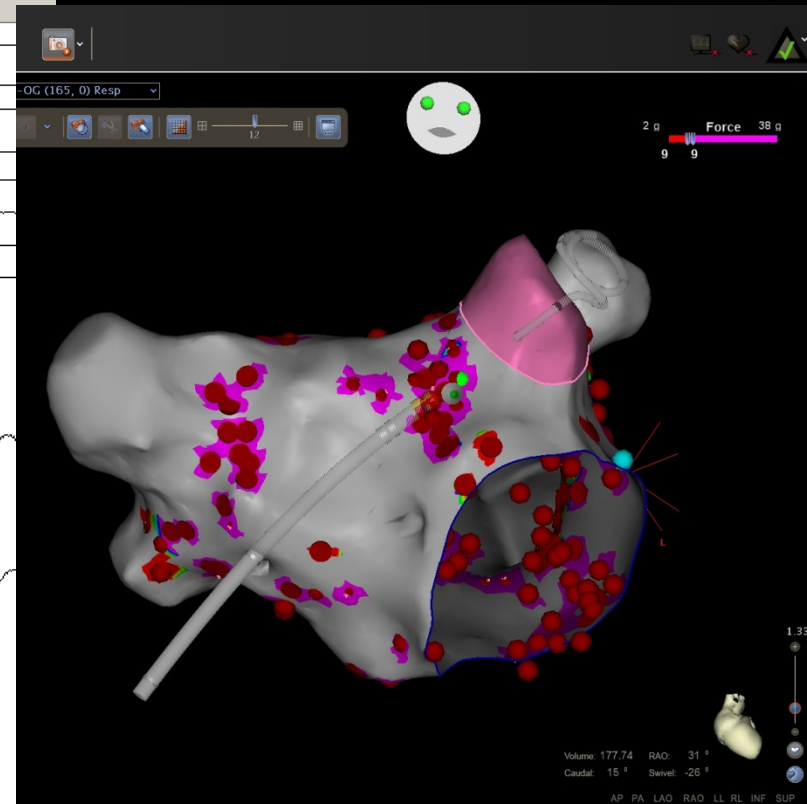
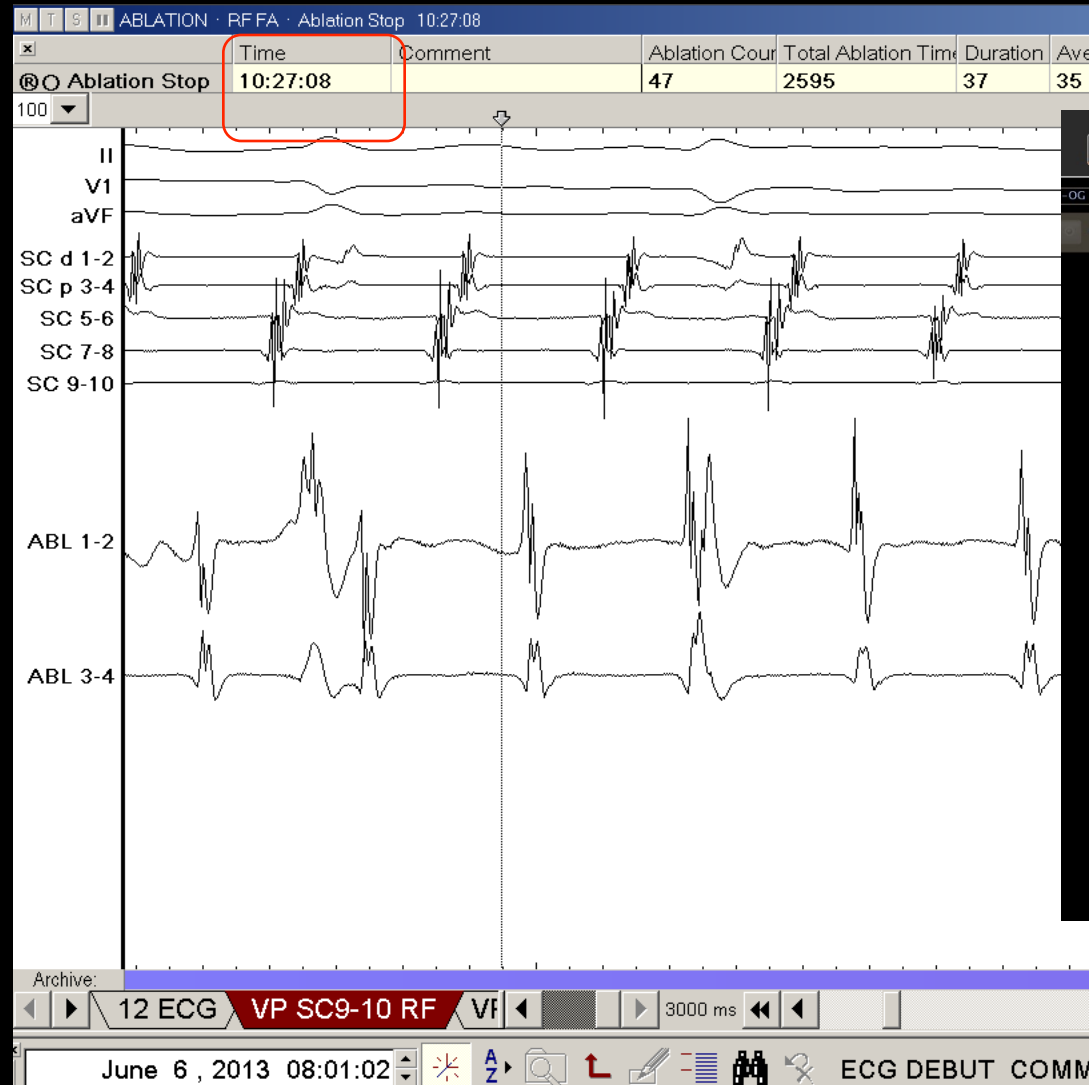


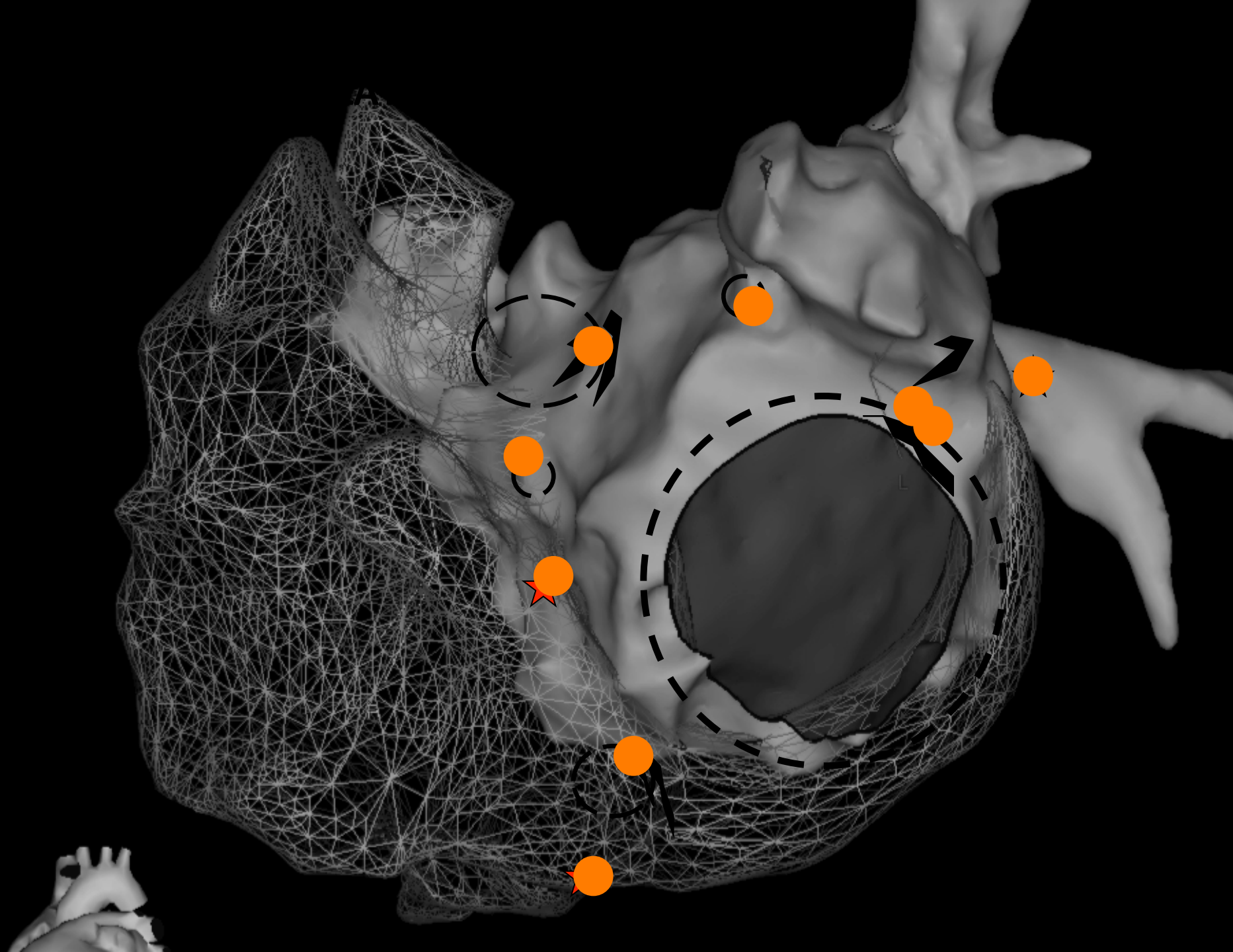
ETAPE 2 : SIMPLIFICATION DU SUBSTRAT PAR ABLATION

Défragmentation

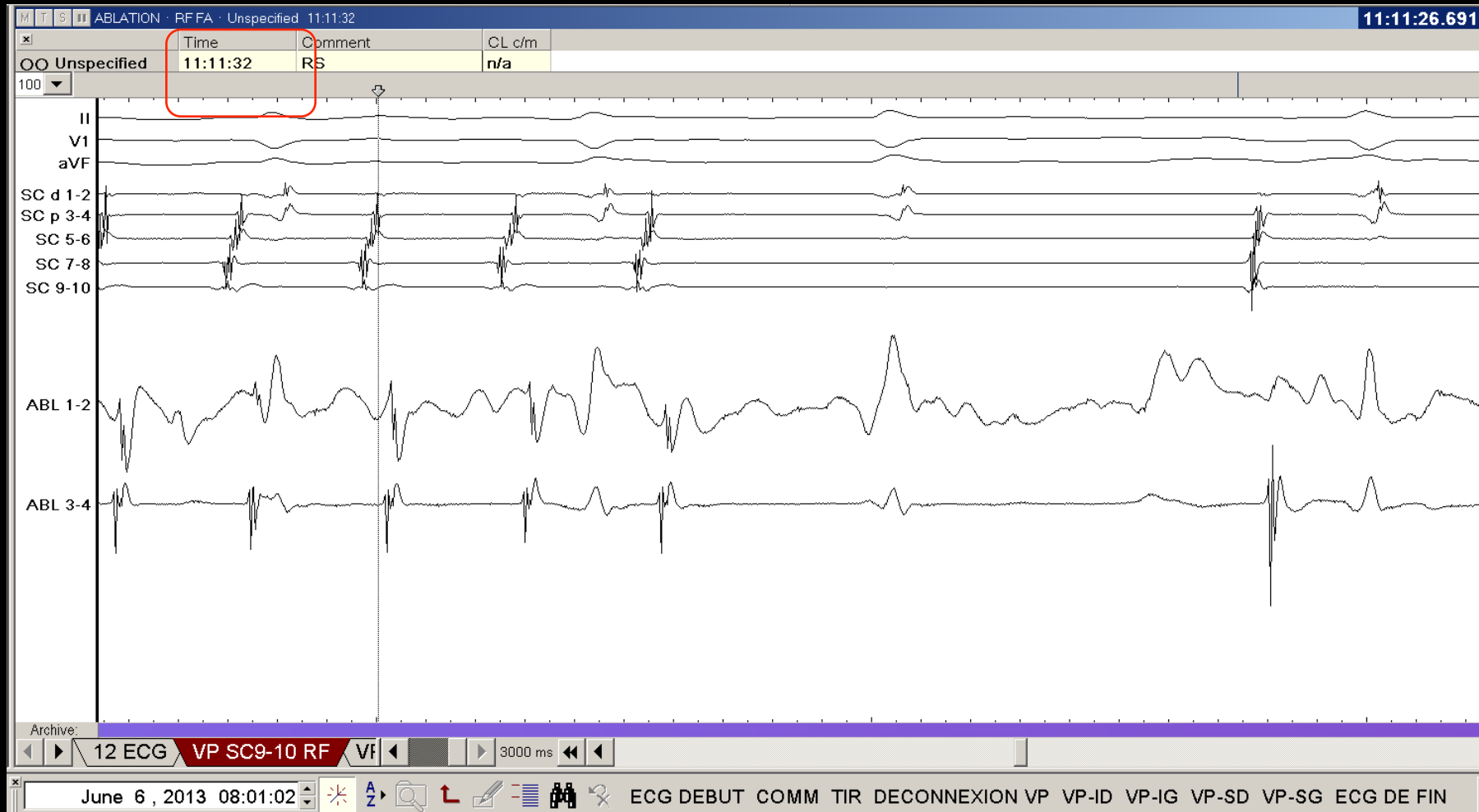


Arrêt de la FA → ORGANISATION EN FLUTTER PERI MITRAL = ENDPOINT= ARRET DE LA FA





RETOUR EN RYTHME SINUSAL per RF



81 applications et 63 minutes de RF, 2h30 de procédure

Contrôle à 3 mois:
_ fa

Nice, le 27/09/2013

Ref : MC09-3070-2115-EF/CR
N°de dossier : 2013.CR3070.107

Chers Collègues, Cher Guillaume

J'ai revu [REDACTED] le 09/03/1957.

Malgré une ablation techniquement très poussée en juin, il a récidivé rapidement sa FA et il est encore ce jour en FA d'ailleurs relativement rapide (132/min).

L'examen clinique est par ailleurs normal.

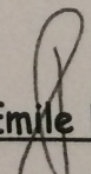
Il faut noter que M. [REDACTED] faisait déjà de la FA avant de s'avérer coronarien. Du côté coronarien, il n'est d'ailleurs pas symptomatique.

Je lui modifie un peu sa prescription en augmentant le bêtabloquant **Sectral 200/jour** au lieu de 100 mg/jour et lui rajoute de la **Digoxine 1 cp/jour**.

Je laisse le **Xarelto à 15 mg en sus du Kardegic 75**. Je baisse le Tahor à 40 étant donné des myalgies et je lui laisse 20 mg d'Inexium.

Je lui demande de me revoir dans 1 mois pour m'assurer que la fréquence ventriculaire aura correctement baissé. J'ai parlé du dossier au Dr Theodore qui propose un choc électrique. Je programmerai cela lors de cette prochaine Cs.

Par ailleurs, l'arythmie rapide empêche actuellement un contrôle de test d'effort mais il faudra programmer [REDACTED] qui avait bénéficié d'un stent nu sur l'interventriculaire antérieure en Mars 2012).


Professeur Emile FERRARI

Que faites vous?

A/ vous expliquez au patient que l'ablation n'a pas marché et optez pour un contrôle de fréquence

B/ vous proposez un complément d'ablation de FA

C/ vous proposez une cardioversion électrique (AA CI)

Reponse C
quand a été réalisée l'ablation?
= respecter la période de blanking

Après une ablation pendant 3-4 mois les oreillettes sont inflammatoires et cicatrisent progressivement

Toute récurrence pendant cette période n'a pas ou peu de conséquence théorique sur le résultat à long terme

Si FA ou TA soutenue : Cardioversion

Contrôle M4
retour sinusal
spontané off AA
asymptomatique

Nice, le 25/10/2013

Ref : MC09-3070-2115-EF/CR

N°de dossier : 2013.CR3070.107

Cher Collègue, Cher Guillaume,

J'ai revu [REDACTED] le 09/03/1957.

Il est en rythme sinusal bien qu'un peu rapide à 98 après l'effort de montée de marche de notre hôpital.

Il se sent donc beaucoup mieux. Il n'a pratiquement plus ressenti d'arythmie.

J'augmente encore le Sectaral pour passer à 200 x 2/jour et lui maintiens pour l'instant le Xarelto à 15 en sus du Kardegic.

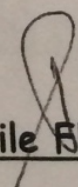
Il faut se rappeler qu'en dehors de cette arythmie, il existe une coronaropathie qui avait été stentée sur le réseau gauche mais avec une coronaire droite qui nécessite un suivi.

Je programme un test d'effort avec un contrôle verify now avant et après sous Kardegic et Xarelto.

Par ailleurs, il présente une symptomatologie qui peut évoquer une sciatique à droite.

Je lui donne à titre de traitement thérapeutique le seul anti-inflammatoire non stéroïdien qui peut être prescrit chez le coronarien à savoir Naproxène pendant une très courte période de 4 jours.

Bien à vous.


Professeur Emile FERRARI

Récidive à M8 sous forme de TA symptomatique 135bpm
(2/1)

QUE FAITES VOUS?

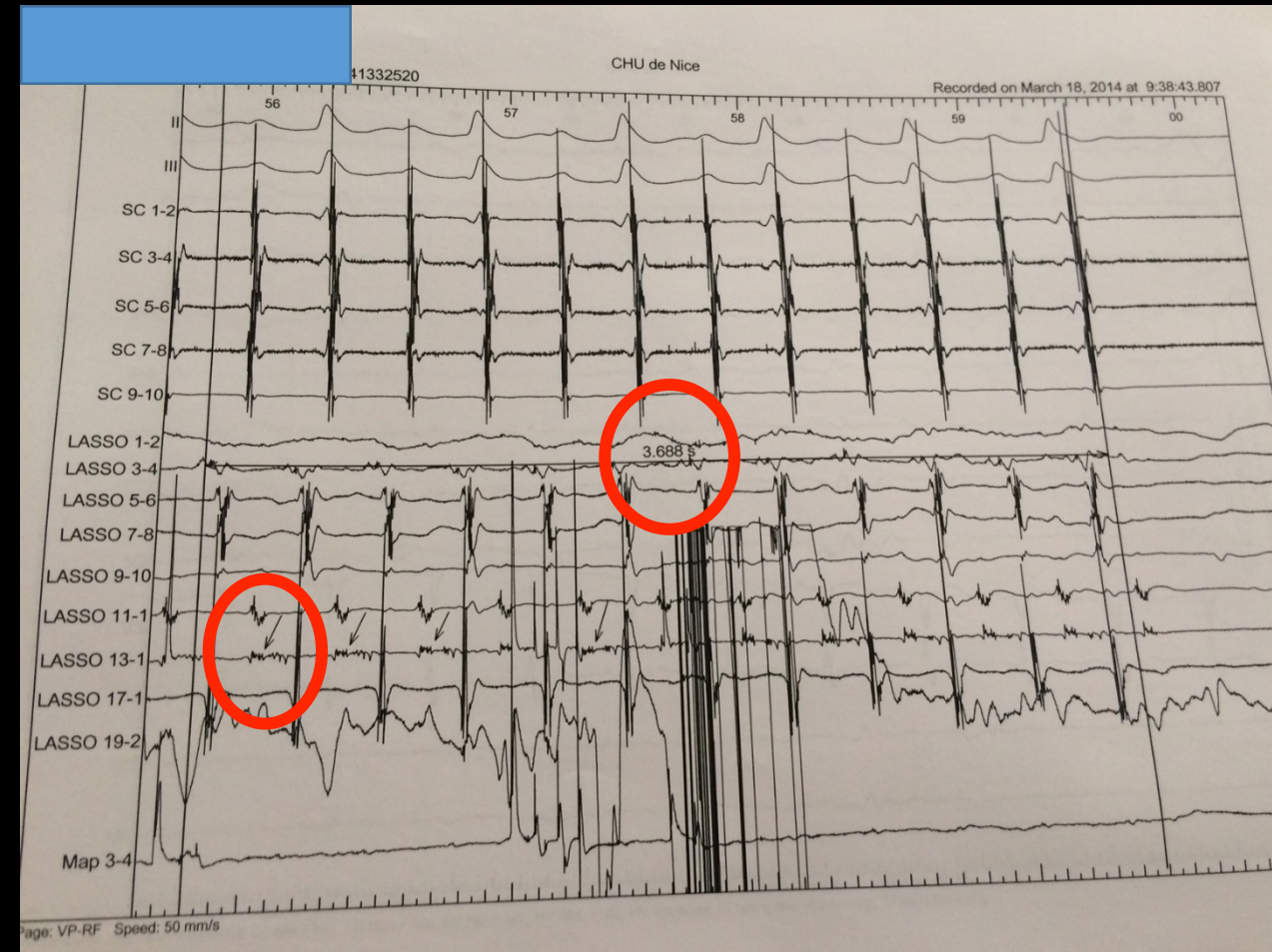
A/ vous expliquez au patient que l'ablation n'a pas marché et optez pour un contrôle de fréquence

B/ vous proposez un complément d'ablation

C/ vous proposez une cardioversion électrique (AA CI)

B

Durée procédure= 48 minutes
3,5 secondes d'ablation pour restaurer le RS
Temps total de RF 4 minutes



Aucune récurrence d'arythmie sans anti-arythmique depuis

FA persistante => endpoint de la procédure= ARRET DE LA FA

Five-Year Outcome of Catheter Ablation of Persistent Atrial Fibrillation Using Termination of Atrial Fibrillation as a Procedural Endpoint

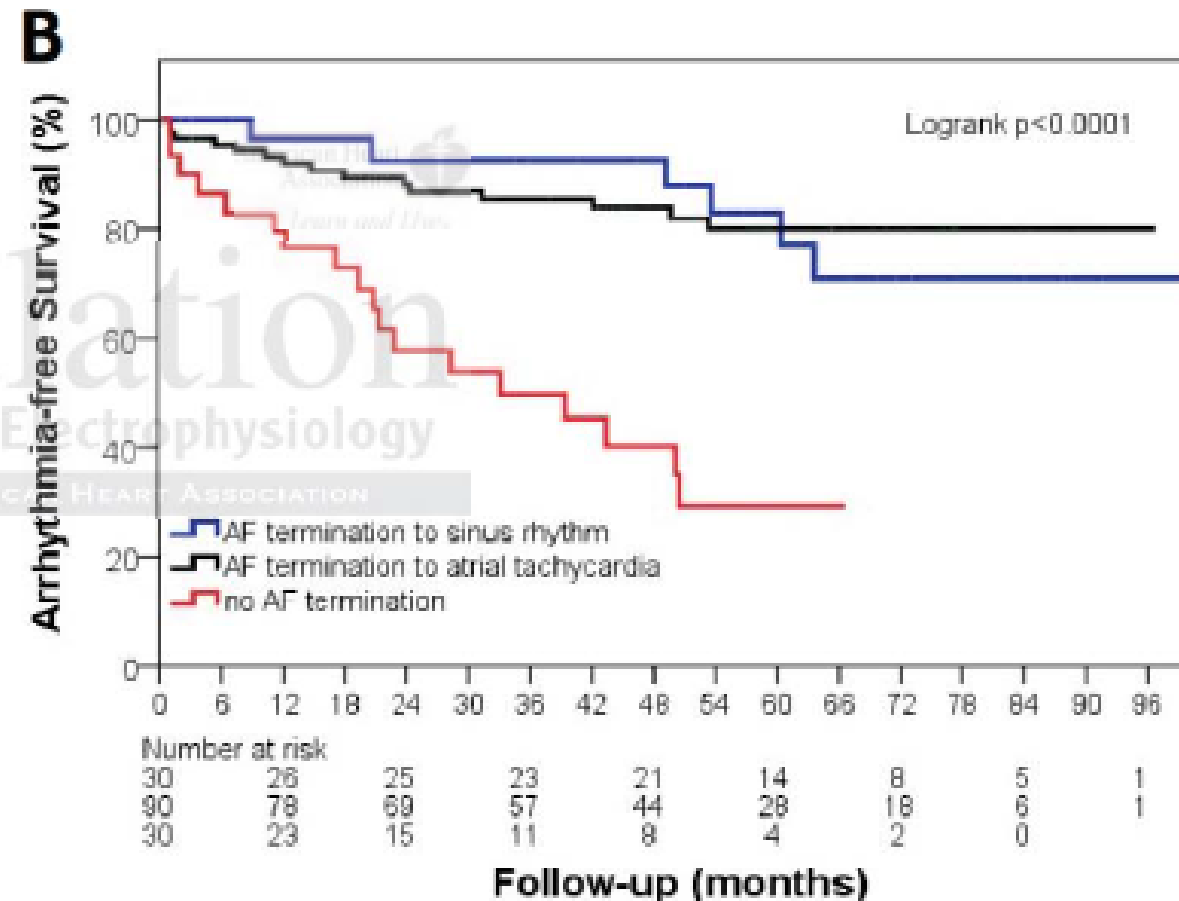
Running title: *Scherr et al.; Five-Year Outcome of Persistent AF Ablation*

Daniel Scherr, MD^{1,2}; Paul Khairy, MD, PhD¹; Shinsuke Miyazaki, MD¹; Valerie Aurillac-Lavignolle, BSc¹; Patrizio Pascale, MD¹; Stephen B. Wilton, MD¹; Khaled Ramoul, MD¹; Yuki Komatsu, MD¹; Laurent Roten, MD¹; Amir Jadidi, MD¹; Nick Linton, MD, PhD¹; Michala Pedersen, MD¹; Matthew Daly, MD¹; Mark O'Neill, MD¹; Sebastien Knecht, MD, PhD¹; Rukshen Weerasooriya, MD¹; Thomas Rostock, MD¹; Martin Manninger, MD²; Hubert Cochet, MD¹; Ashok J. Shah, MD¹; Sunthareth Yeim, MD¹; Arnaud Denis, MD¹; Nicolas Derval, MD¹; Meleze Hocini, MD¹; Frederic Sacher, MD¹; Michel Haissaguerre, MD¹; Pierre Jais, MD¹

L'arret de la FA pendant la RF est LE CRITERE
le plus fort de bon pronostic

Impact of AF Term

The other main finding is that
the majority of patients achieve AF termination
during follow-up. The



can be achieved in
rhythm recurrence
physiological

L'arrêt de la FA pendant la RF est LE CRITERE
le plus fort de bon pronostic
MAIS EST TRES VARIABLE SELON LES CENTRES
ET LA STRATEGIE D ABLATION

Critère plus difficile à obtenir, bcp moins reproductible que l'isolation veineuse,
et opérateur/centre dépendant

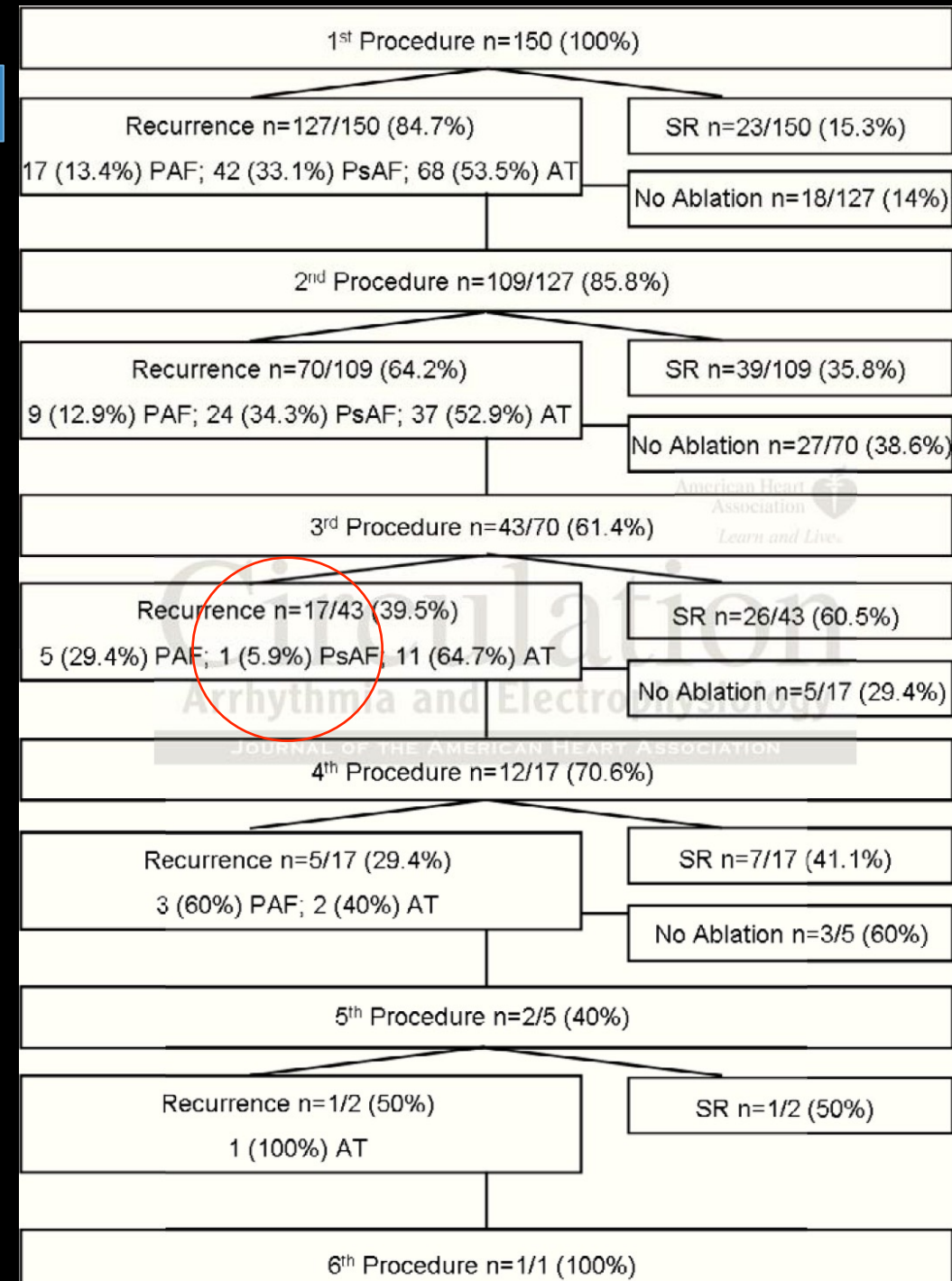
Although AF termination occurs in 16% of patients undergoing catheter ablation, the success of the procedure is highly guided by the operator's experience and the center's strategy. In a study of 100 patients, 67% are reported with the use of the circumferential PV ablation strategy, including ~20% of PsAF patients in whom PsAF is terminated.

STRATEGIE BORDELAISE EN CAS DE RECIDIVE DE FA PERSISTANTE

Après une procédure 16,8% de RS à 5 ans

Après 2 procédures très peu de récurrences sous forme de FA persistante

1 patient sur 5 aura eu 3 procédures



A total of 317 procedures were performed in 150 patients (2.1 ± 1.0 ; median 2 (IQR 1-3)).

41 (27.3%) patients had 1 procedure, 66 (44%) had 2, 31 (20.7%) had 3, 10 (6.7%) had 4, 1

(0.7%) had 5, and 1 (0.7%) patient had 6 procedures. The first and the last redo procedures were

Les FA persistantes ont souvent des substrats complexes (++) si cardiopathie sous jacente)

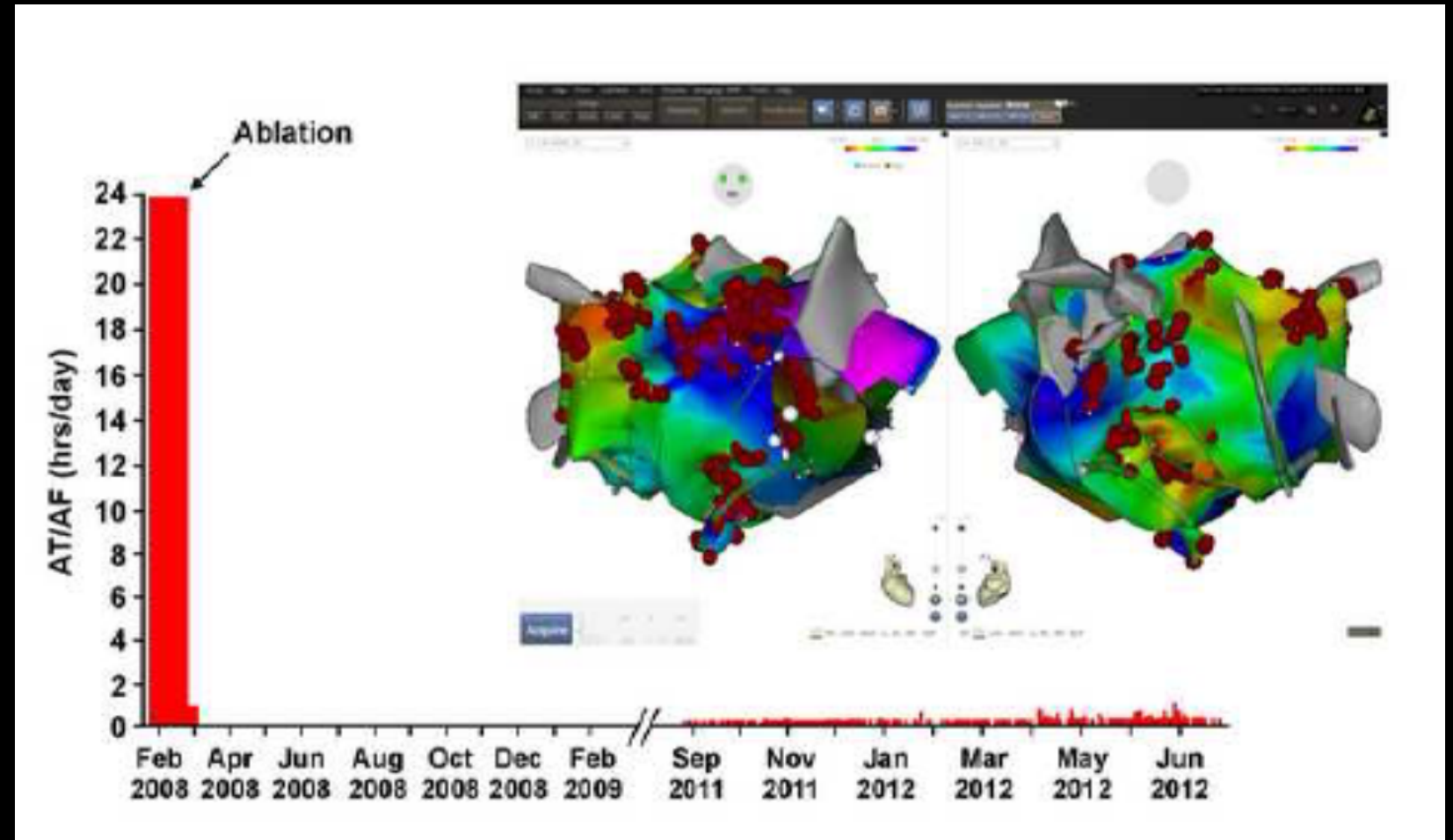
A RETENIR

- souvent ablatés en plusieurs temps.**
- La récurrence sous forme organisée est une étape vers la guérison**
- Récurrence en FA après 2 ablations N EST PAS UNE RECIDIVE MAIS EST ECHEC D ABLATION (stratégie RF opérateur / FA persistante)**

Exemple 4

« L'ablation n'a pas marché »

Ablation FA persistante de longue durée



Crises brèves 3 ans ½
après ablation FA persistante.
Echec de l'ablation?

However, the slow but steady decline in arrhythmia-free survival raises the question of whether ablation provides durable suppression of PsAF. Interestingly, arrhythmia recurred in 30 patients who had maintained SR for ≥ 1 year. It may be speculated that some recurrences of AF

L'ablation casse le cercle vicieux de remodelage des oreillettes par l'ablation mais n'empêche pas les oreillettes de vieillir.

FA = Maladie chronique comme la maladie coronaire:
Arrête-t-on les angioplasties en cas de nouvelles sténoses symptomatiques chez un coronarien?

Conclusions

- ➡ Le traitement d'une récurrence d'une FA paroxystique est en général très simple et rapide
- ➡ Les FA persistantes restent les plus difficiles à traiter , avec des résultats inhomogènes selon les centres. L'arrêt ou non de la FA est l'information essentielle qui doit figurer sur le CRO car elle informe sur l'intérêt d'une reprise en cas de récurrence
- ➡ Les FA persistantes sont souvent traitées en plusieurs temps (informer les pts avant)
- ➡ En cas de récurrence sous forme ORGANISEE il est dommage de s'arrêter là (étape vers le rythme sinusal stable)
- ➡ La FA se comporte parfois comme une maladie évolutive, Arrête-t-on de faire des coronarographies aux coronariens en cas de récurrence angineuse plusieurs années après une angioplastie?

Ablation de FA

Gestion des récurrences

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Dr Guillaume THEODORE

Unité de rythmologie

CHU NICE