

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a network of light blue lines and small circles, resembling a circuit board or a neural network, extending from the top to the bottom of the frame.

# ABLATION D'UNE FIBRILLATION VENTRICULAIRE

DR GAUTHIER GARRET PRATICIEN HOSPITALIER CH CANNES

# PRÉSENTATION DU CAS

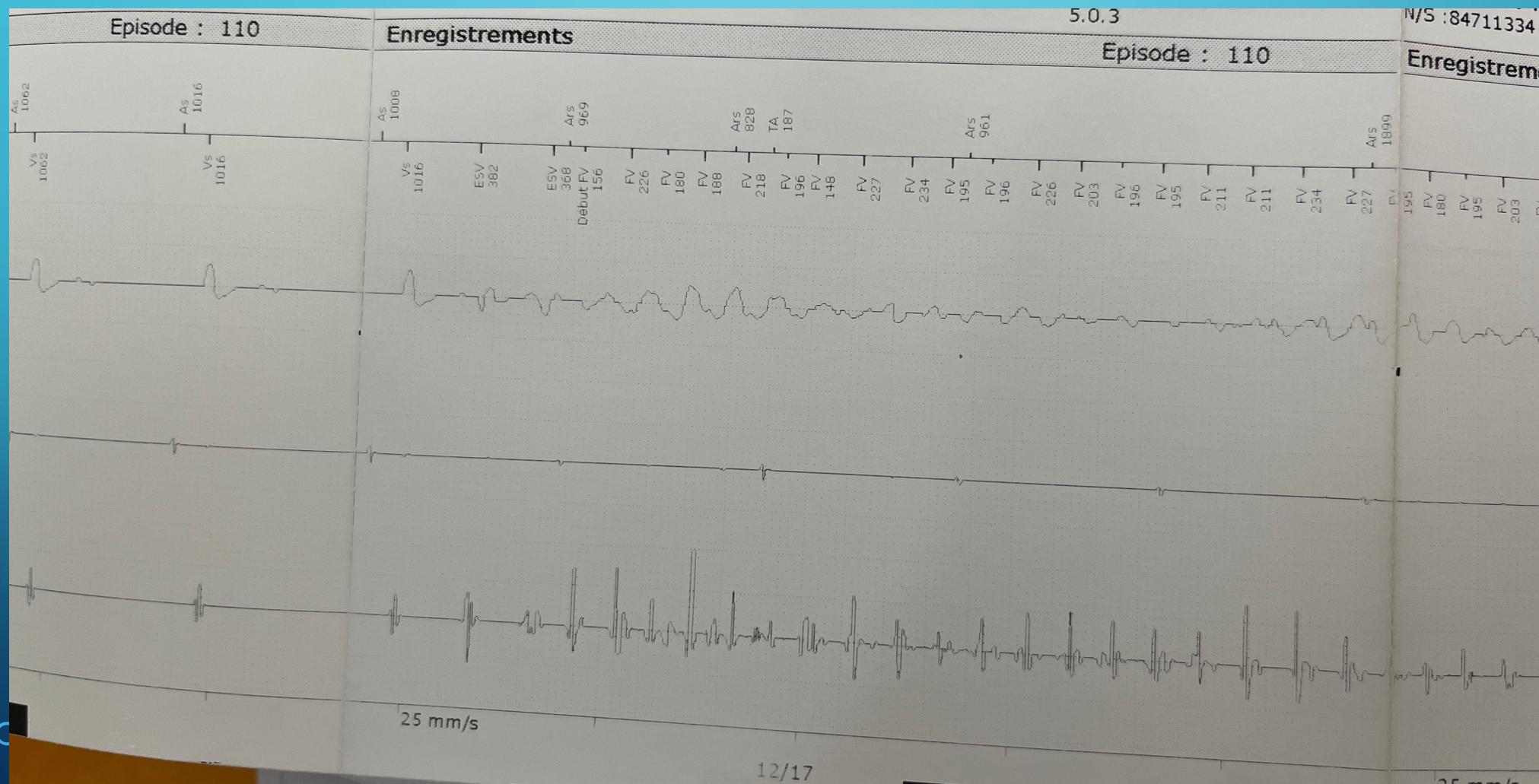
- H de 64 ans
- ATCDs:
  - Cardiopathie ischémique avec SCAST+ antérieur en 2019 avec ATL IVA puis CTO CD en mars 2020 (viabilité inférieure en IRM) avec résultat intermédiaire.
  - IRM cardiaque en 2020: FEVG à 28%, pas de thrombus
  - Plusieurs hospitalisations pour insuffisance cardiaque gauche
  - Porteur d'un DAI double chambre en prévention primaire avec télécardiologie
  - Diabète
  - Obésité
  - DLP
  - AVC ischémique



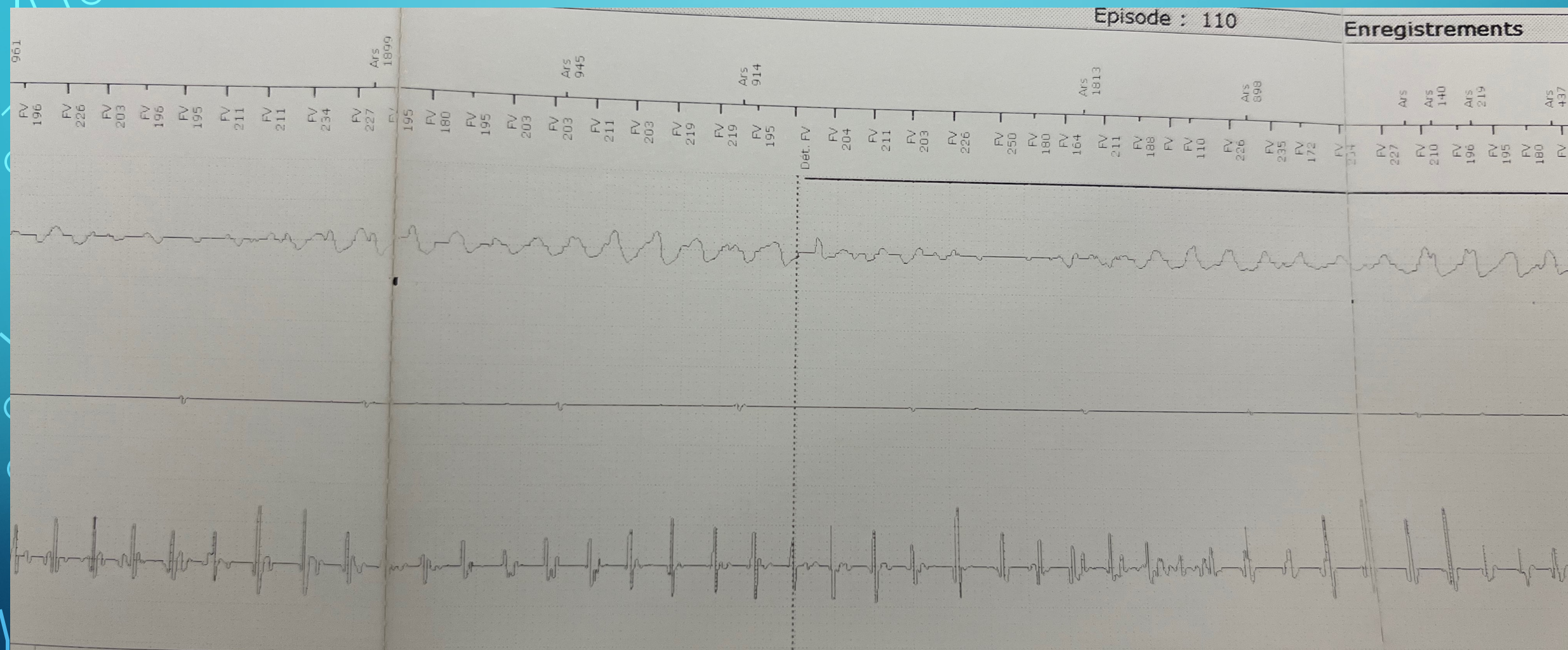
# HDLM

- Patient hospitalisé en unité de diététique sans sa télécardiologie.
- Consultation de suivi avec son cardiologue Dr Poulard
- Patient quasi asymptomatique à part des petits vertiges en position allongée
- Pas de signe d'insuffisance cardiaque
- Interrogation du défibrillateur:
  - Bon fonctionnement du DAI
  - Mais dans les mémoires.....

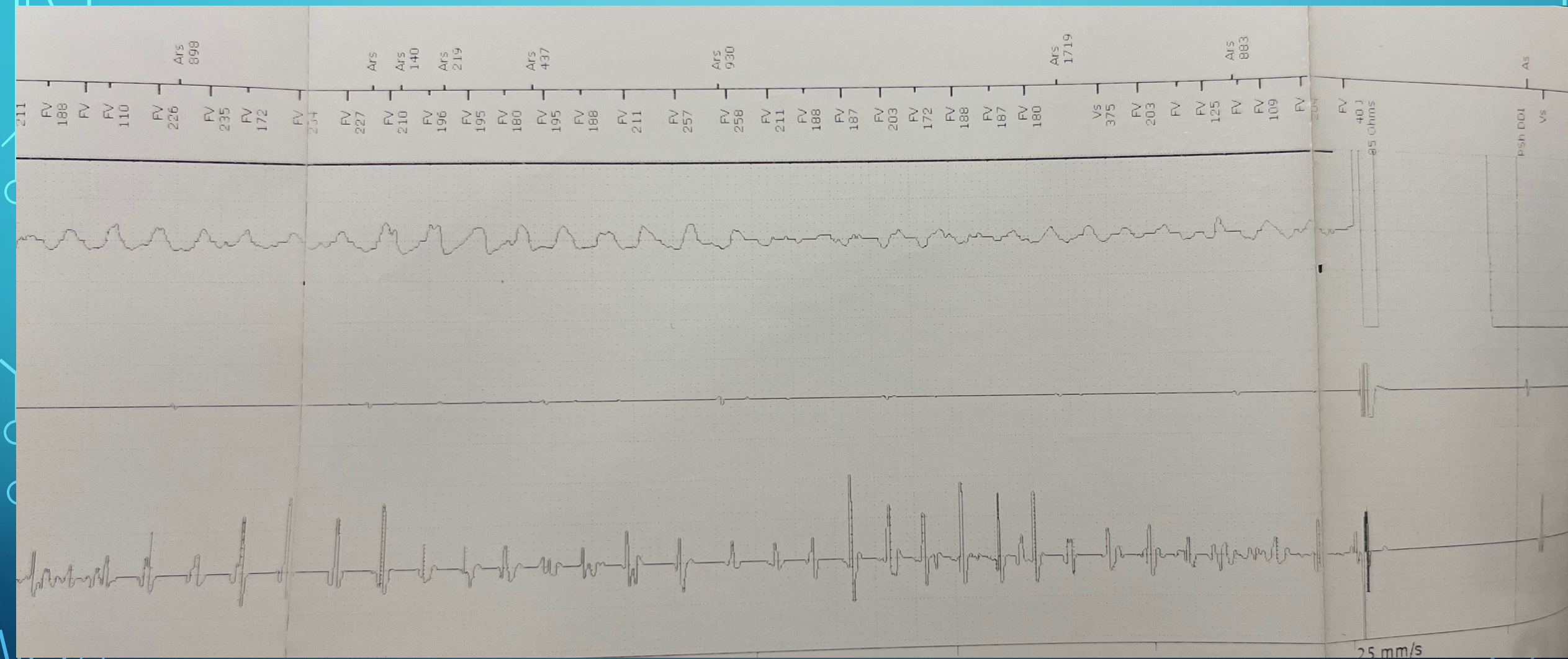
# 10 ÉPISODES DE FV AVEC 7 CEI EN 1 SEMAINE











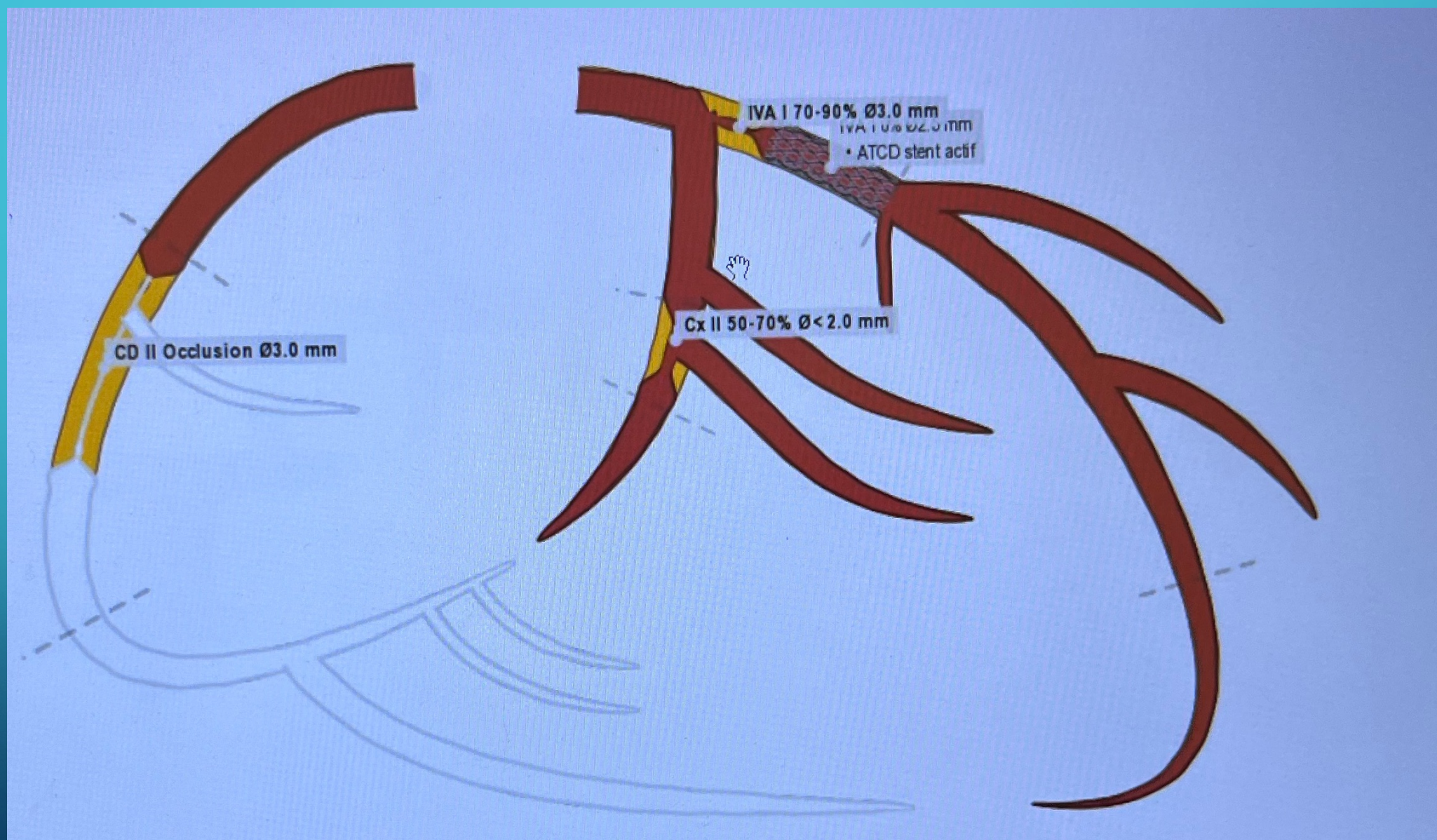


# PRISE EN CHARGE

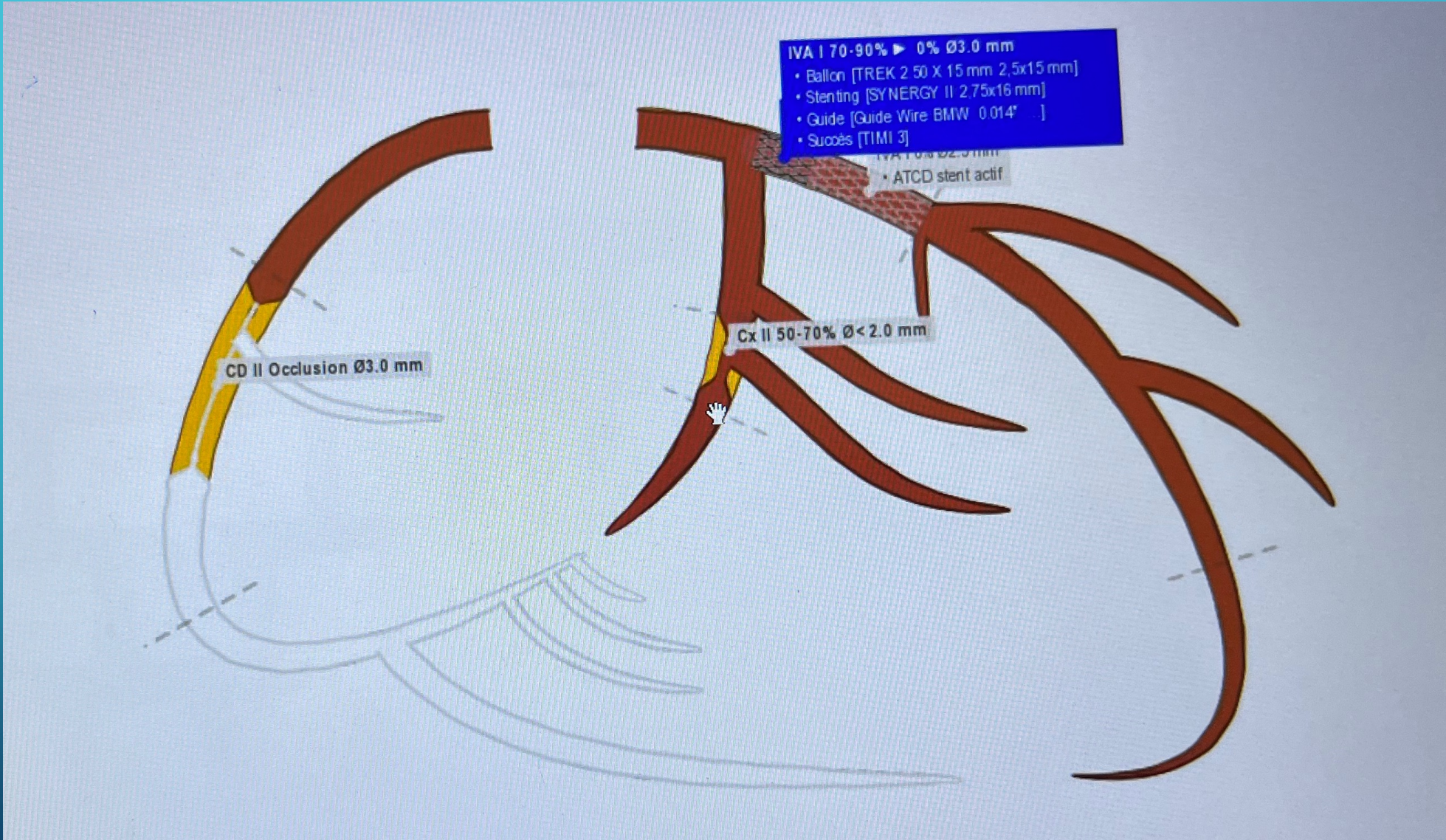
- Hospitalisation en urgence à l'USIC
- SAP d'AMIODARONE en IV
- Majoration des bêta-bloquants
- Bilan biologique sans anomalie particulière
- ECG: RSR, BIG, pas de sus ou de sous décalage du ST

=> Coronarographie en urgence



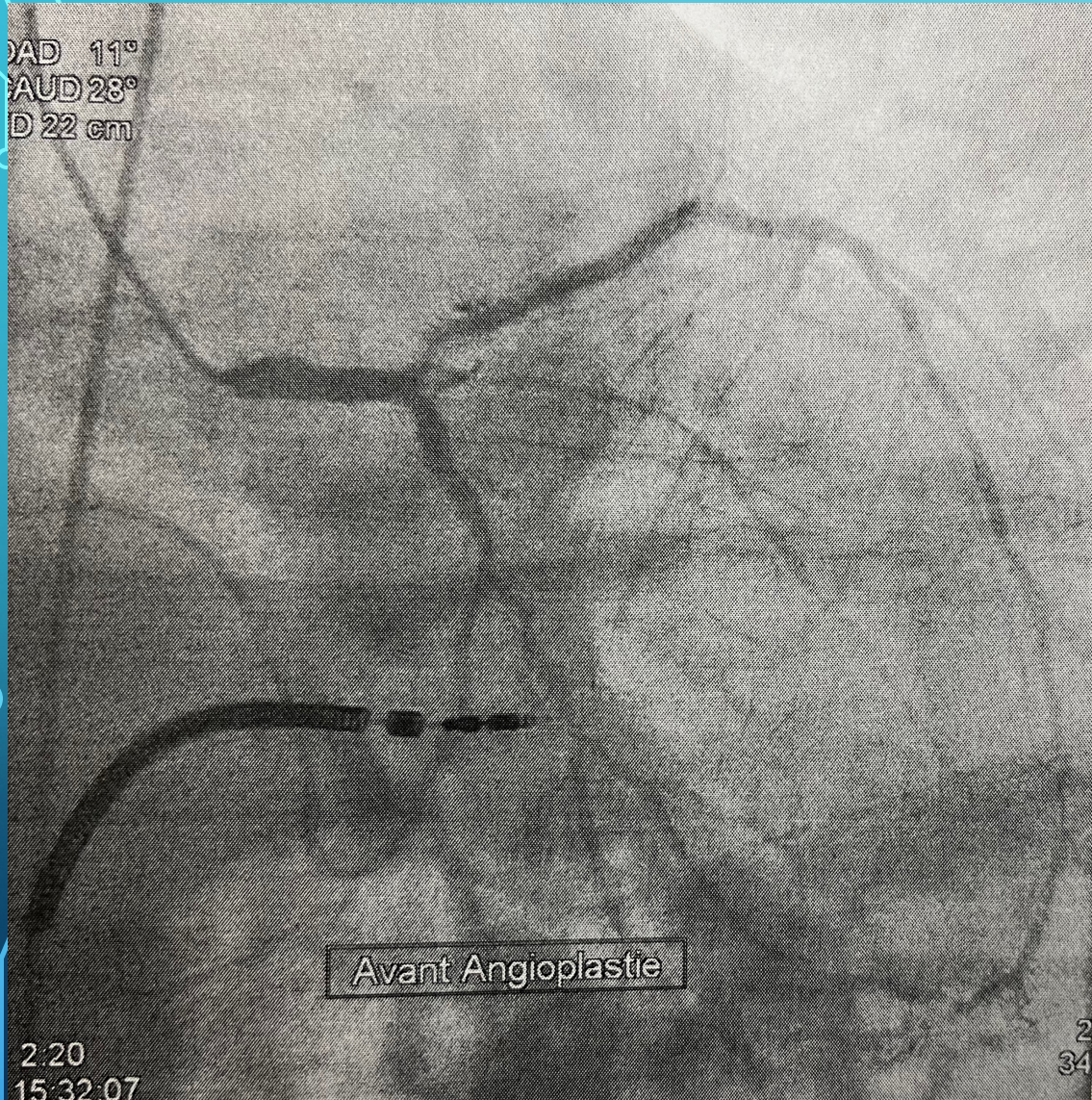




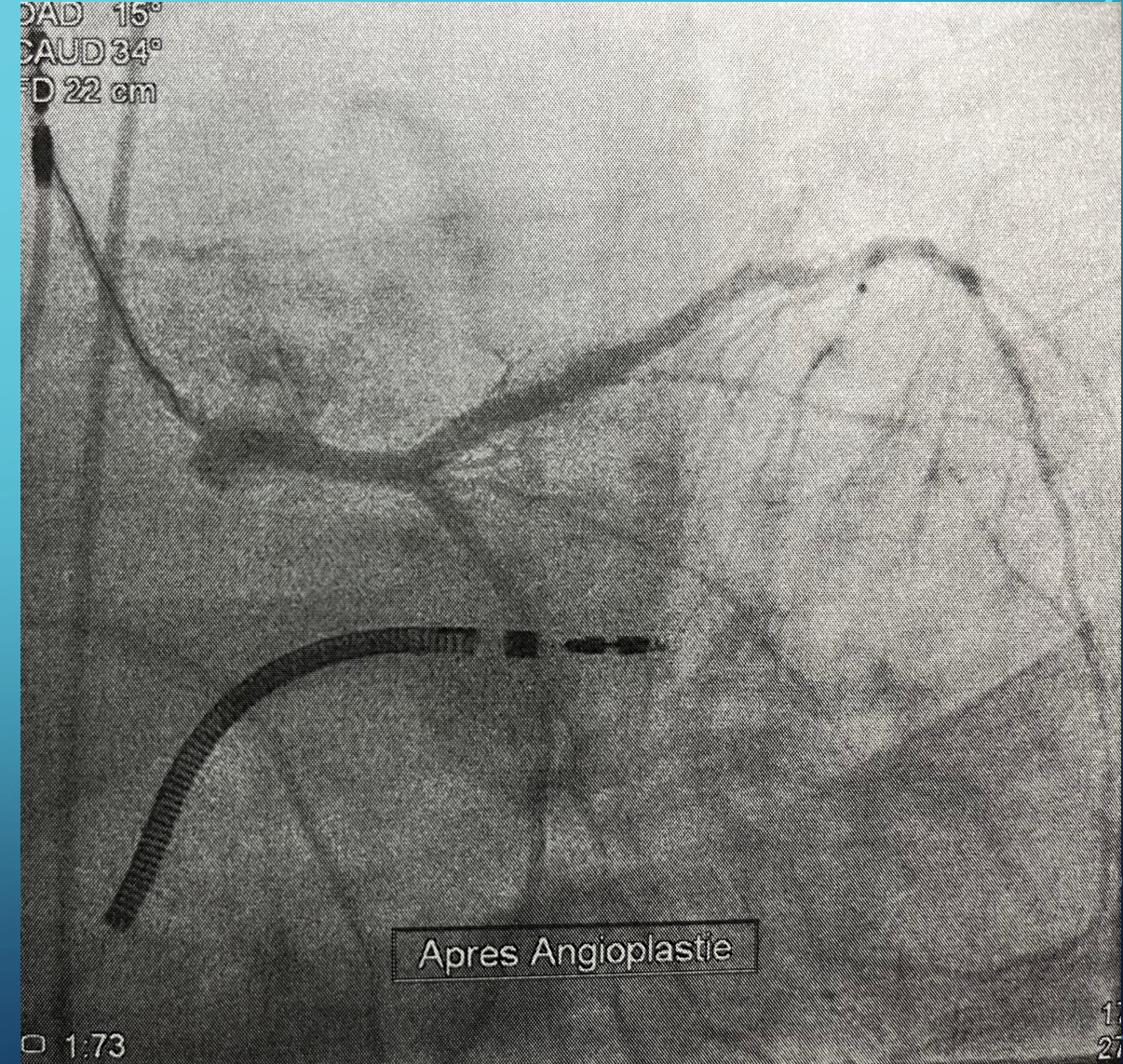




# Avant Angioplastie



# Après Angioplastie





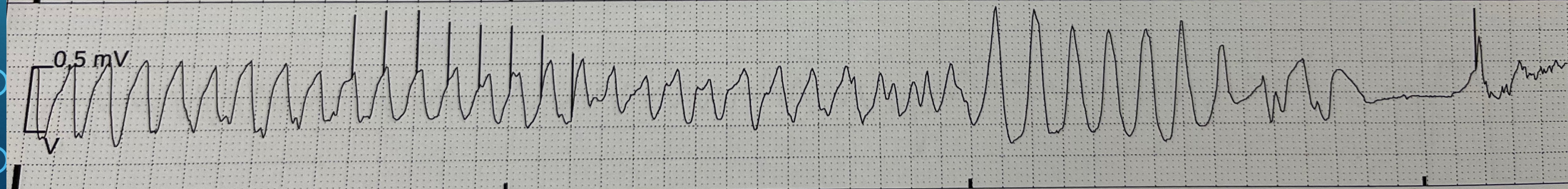
The background is a blue gradient. In the corners, there are white line-art illustrations of circuit boards or neural networks, with lines and small circles representing components.

MALHEUREUSEMENT.....

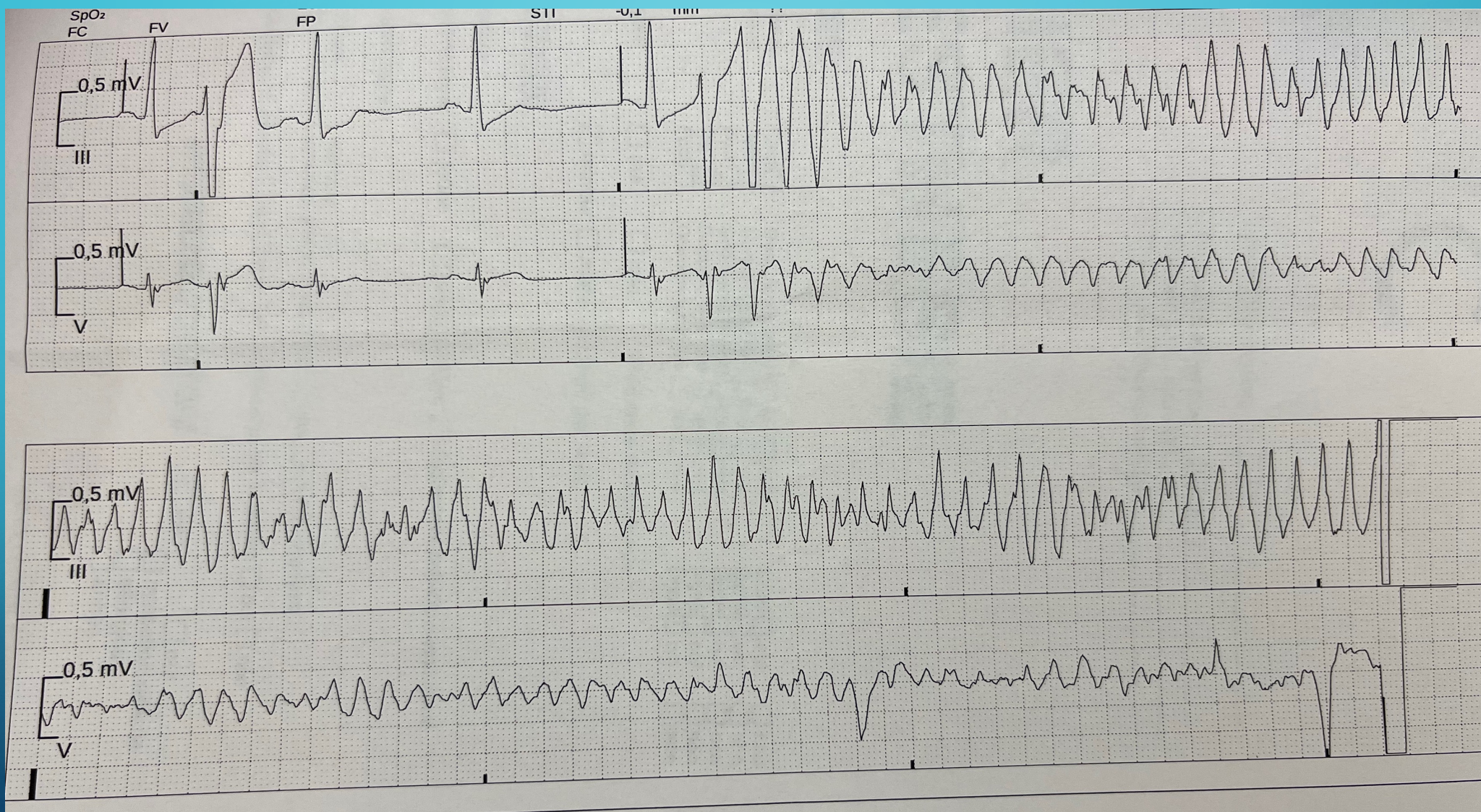




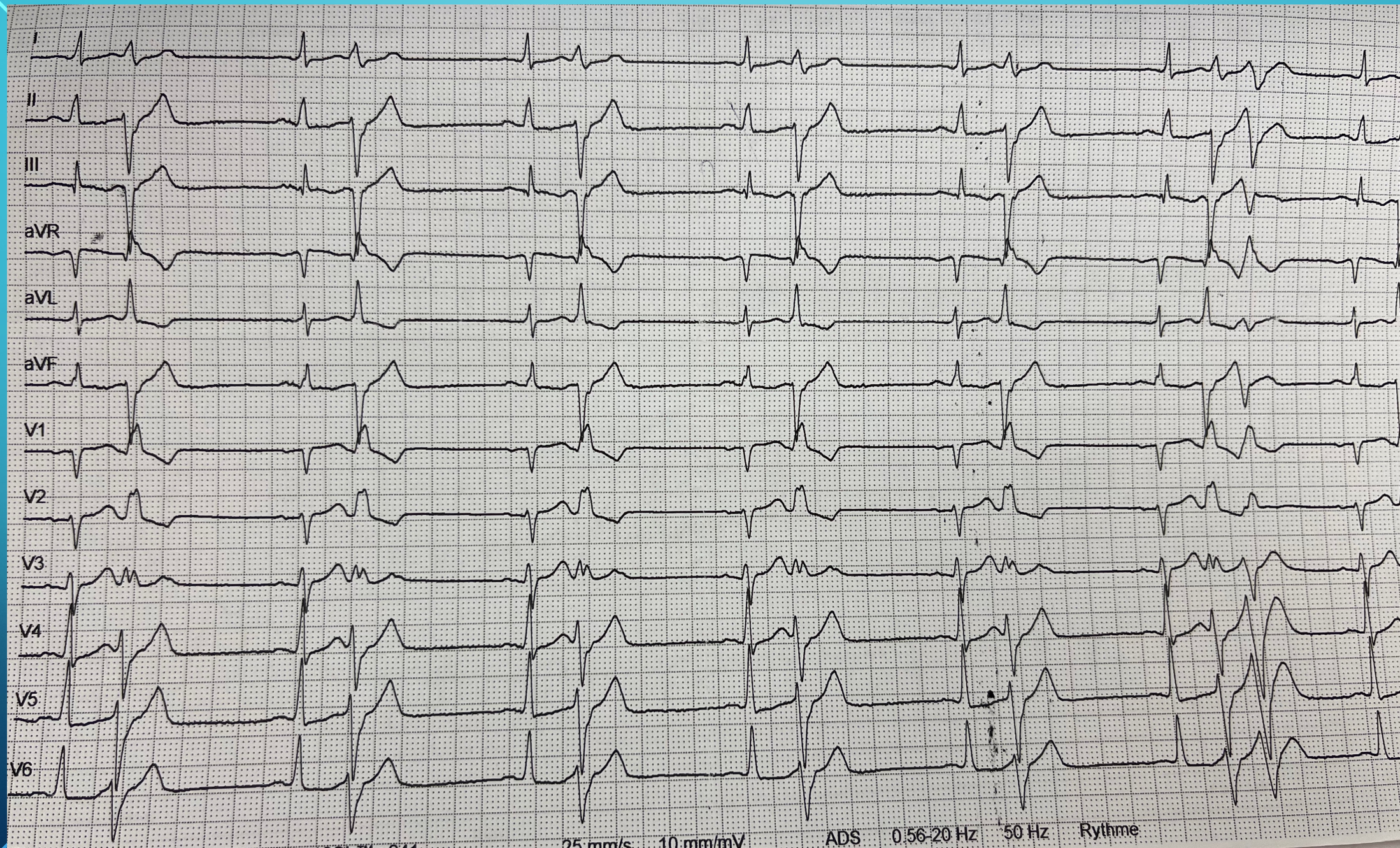




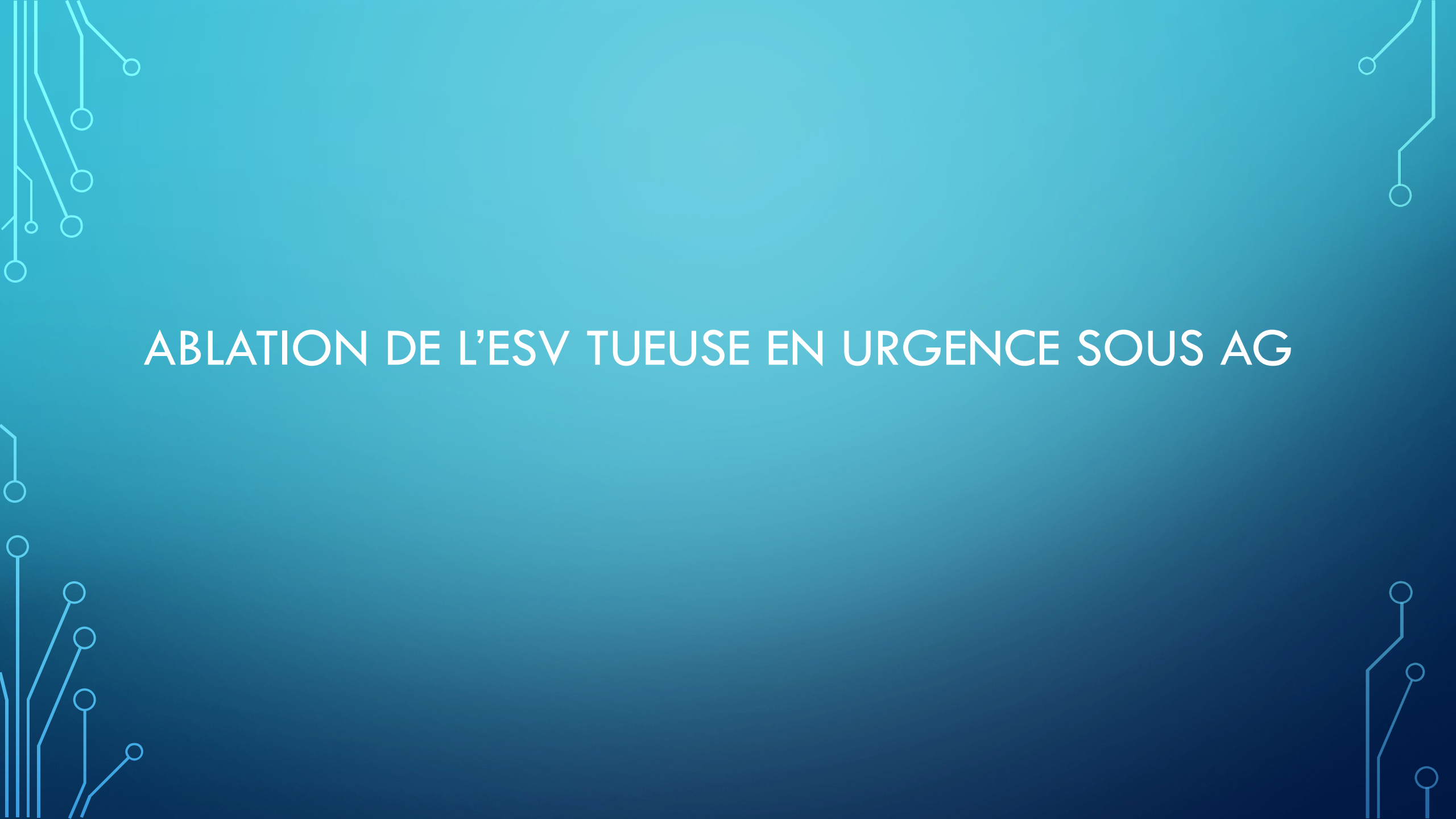






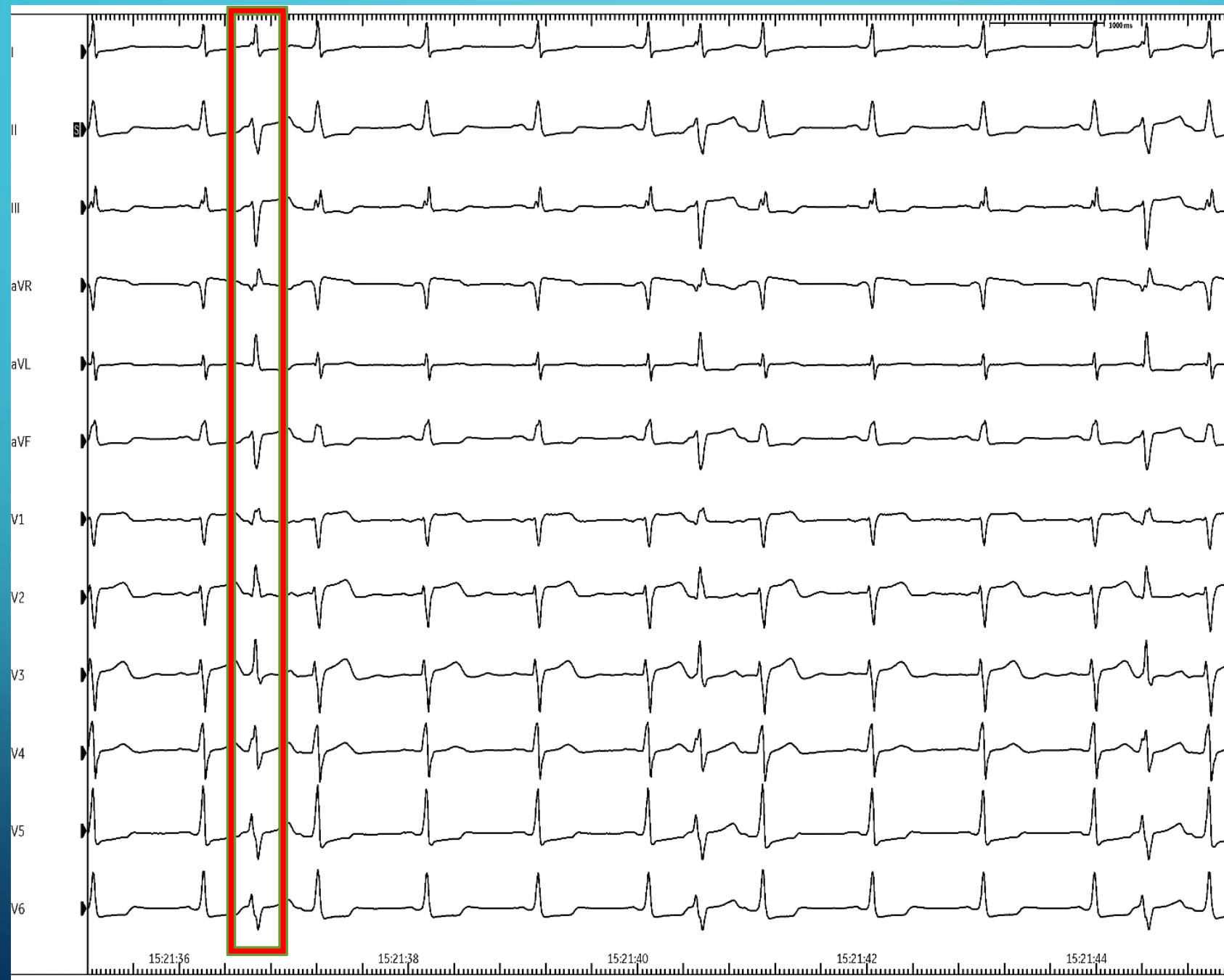




The background is a blue gradient. In the corners, there are white line-art illustrations of circuit boards or neural networks, with lines and small circles representing nodes.

# ABLATION DE L'ESV TUEUSE EN URGENCE SOUS AG

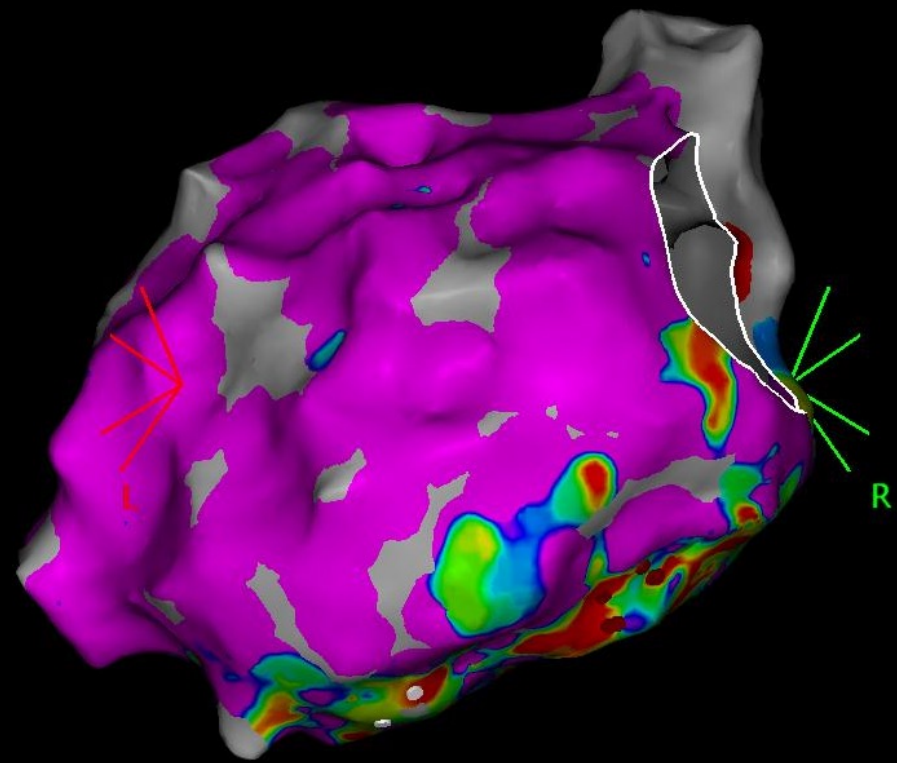






1-SRa (2393, 0) Resp

0.50 mV Bi 1.50 mV



Volume: 217.35 LAO: 145 °  
Cranial: 0 ° Swivel: 0 °

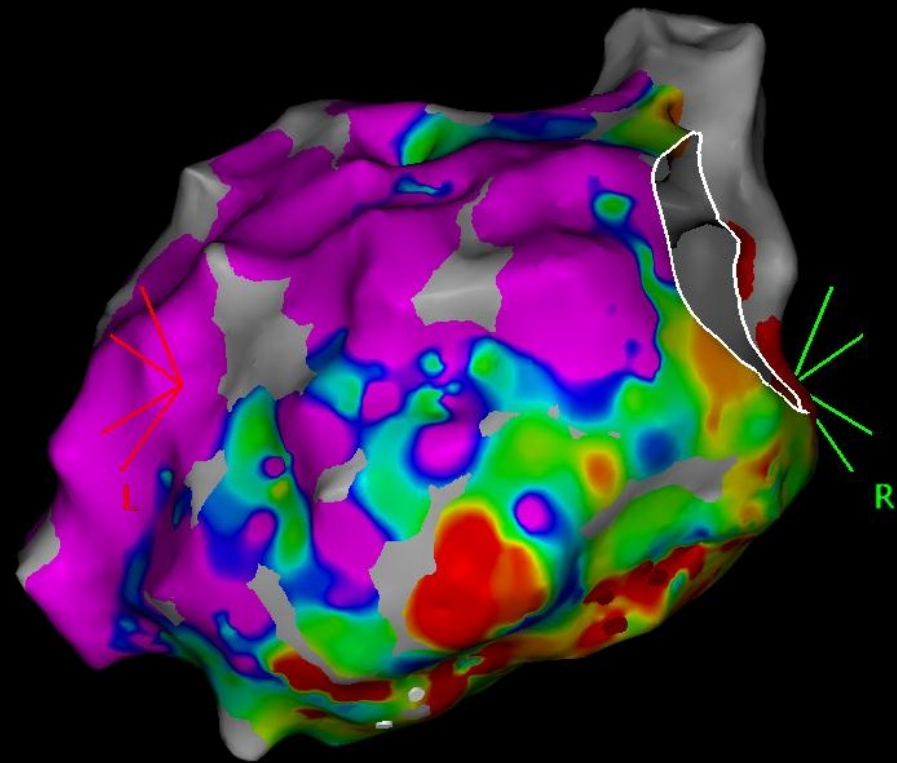


1.46

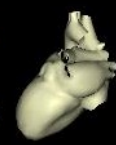
0% 0%

1-SRa (2393, 0) Resp

3.50 mV Uni 8.00 mV



Volume: 217.35 LAO: 145 °  
Cranial: 0 ° Swivel: 0 °



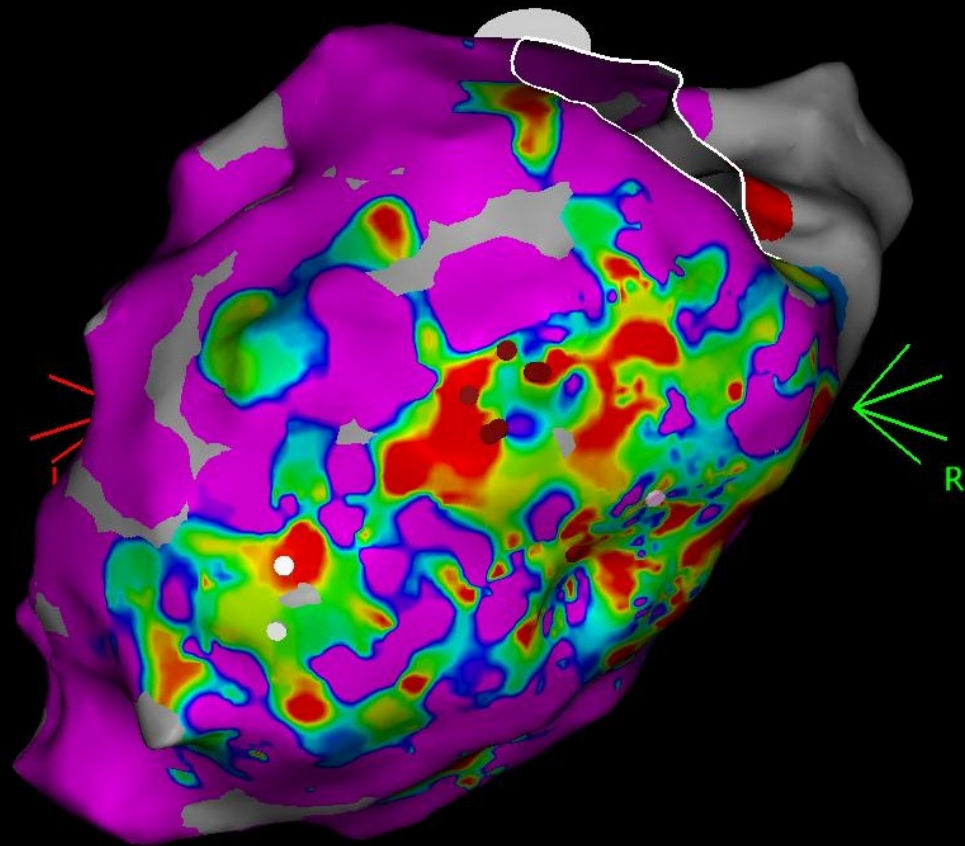
1.46

0% 0%



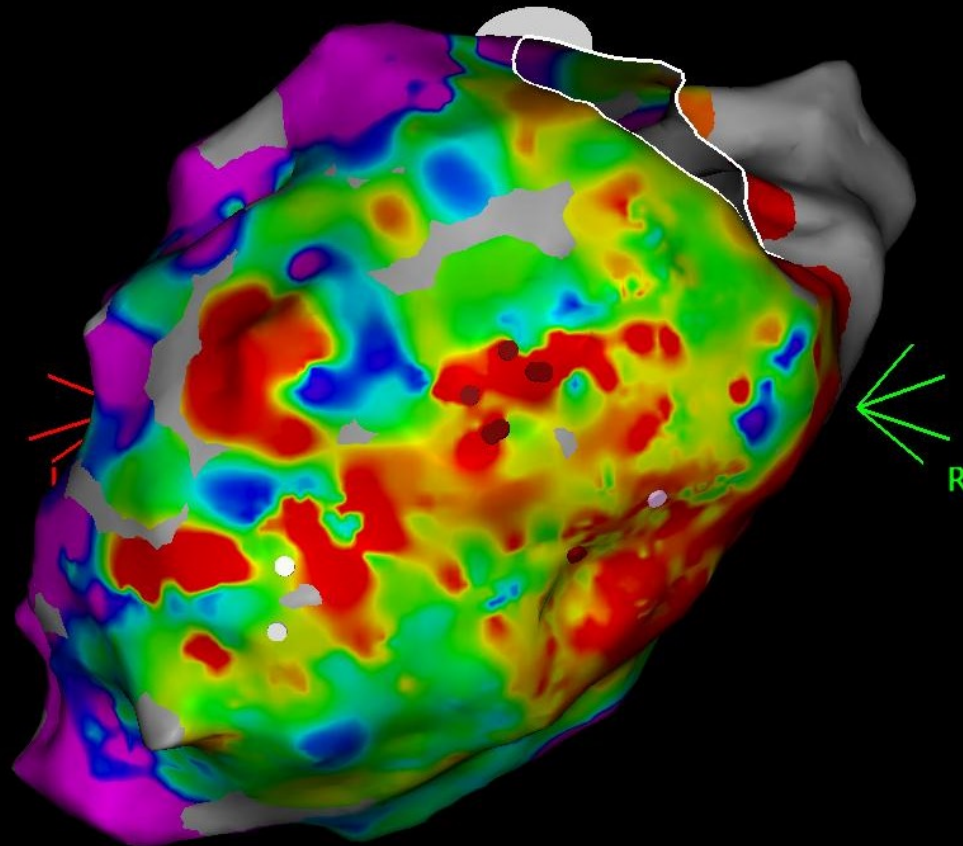
SRa (2393, 0) Resp

0.50 mV BI 1.50 mV



1-SRa (2393, 0) Resp

3.50 mV Uni 8.00 mV



Volume: 217.35 RAO: 172°  
Caudal: 49° Swivel: -6°



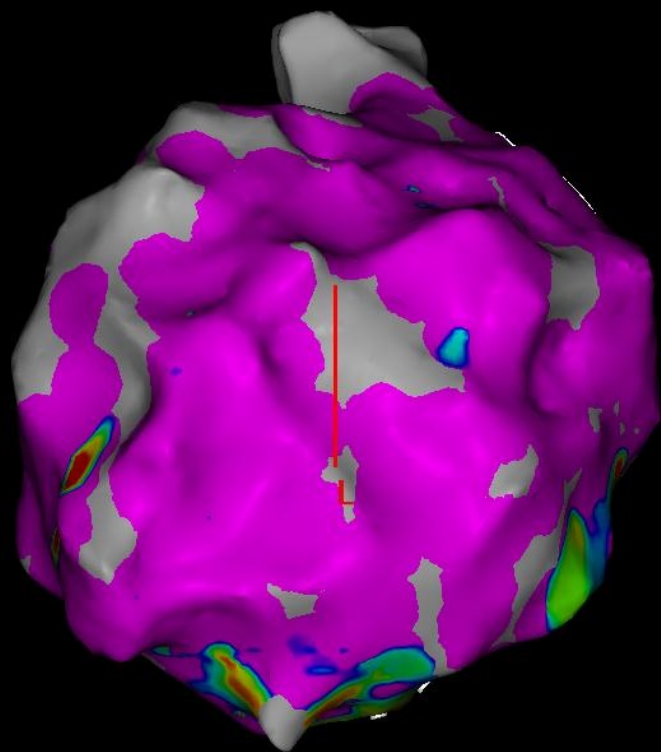
Volume: 217.35 RAO: 172°  
Caudal: 49° Swivel: -6°





1-SRa (2393, 0) Resp

0.50 mV Bi 1.50 mV



Volume: 217.35 LAO: 90 °  
Cranial: 0 ° Swivel: 0 °



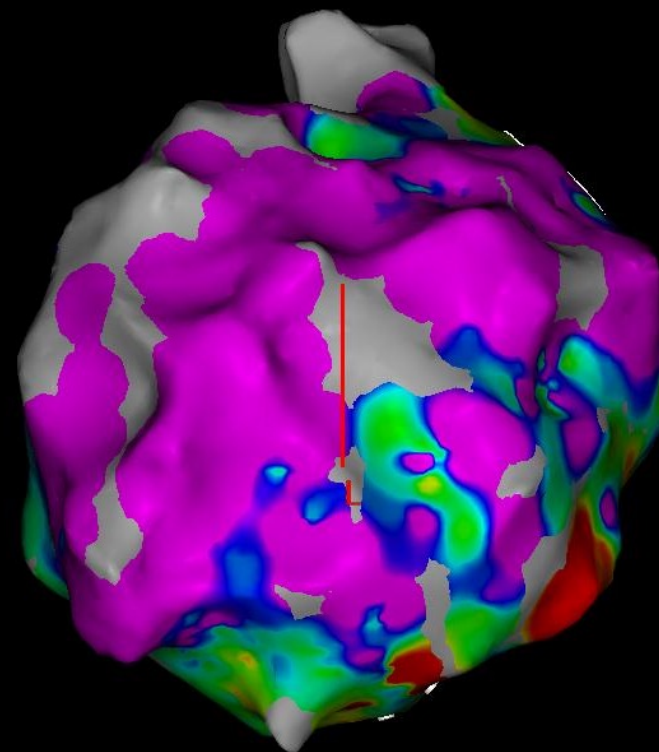
1.46

0%

AP PA LAO RAO LL RL INF SUP

1-SRa (2393, 0) Resp

3.50 mV Uni 8.00 mV



Volume: 217.35 LAO: 90 °  
Cranial: 0 ° Swivel: 0 °



1.46

0%

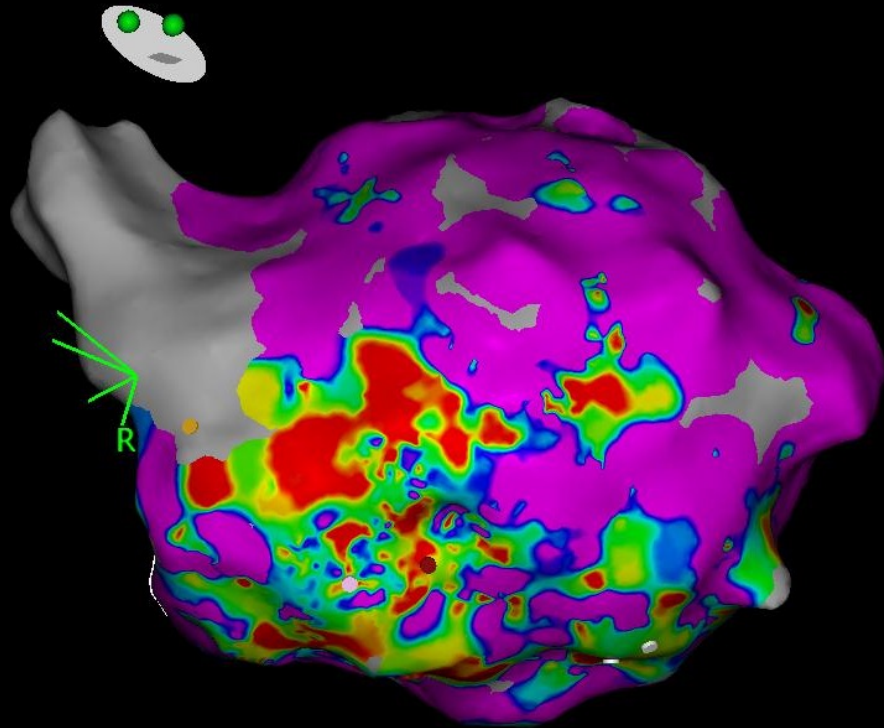
AP PA LAO RAO LL RL INF SUP

Sync



1-SRa (2393, 0) Resp

0.50 mV Bi 1.50 mV



Volume: 217.35 RAO: 54 °  
Caudal: 37 ° Swivel: 36 °

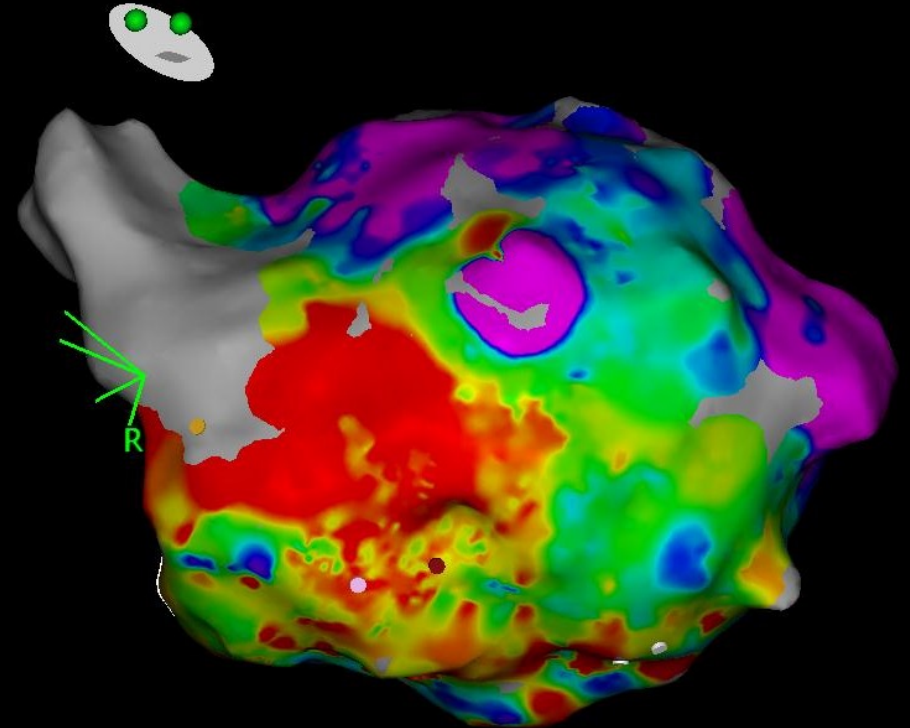


1.46

0% ———— +

1-SRa (2393, 0) Resp

3.50 mV Uni 8.00 mV



Volume: 217.35 RAO: 54 °  
Caudal: 37 ° Swivel: 36 °



1.46

————— + 0%



2-3-Rp-... (753, 0) Resp

-127 ms LAT -7 ms  
-113 -21

501

CL LAT (ms)

-127

Loc

1.63

N/A

Imp ( $\Omega$ )

N/A

Force (g)



200 mm/sec

I

II

III

aVR

aVL

aVF

R

V1

R

V2

R

V3

R

V4

R

V5

R

V6

Pt 1-2

Pt 3-4

Pt 4

Pt 3

Pt 5-6

Pt 7-8

Pt 9-10

Pt 11-12

Pt 13-14

Pt 15-16

Pt 17-18

Pt 19-20

48 ms

-150

0 sec

150

1.33

+

-

+

-

+

-

+

-

+

-

Volume: 227.92

RAO: 50 °

Caudal: 47 °

Swivel: 11 °

0%

AP PA LAO RAO LL RL INF SUP



2-3-Rp-... (753, 0) Resp

0.19 Corr 0.88

Acquisition

Correlation

Name

CL

Time

Correlation

Map

#



ESVa:6



777

15:58

None



PM-93

531

17:59

ESVa:6 0.878



2-3-Rp-...

745



200 mm/sec

I

0.815

II

0.952

III

0.872

aVR

0.909

aVL

0.846

aVF

0.901

V1

0.801

V2

0.925

V3

0.947

V4

0.868

V5

0.792

V6

0.914

1 sec

2 sec

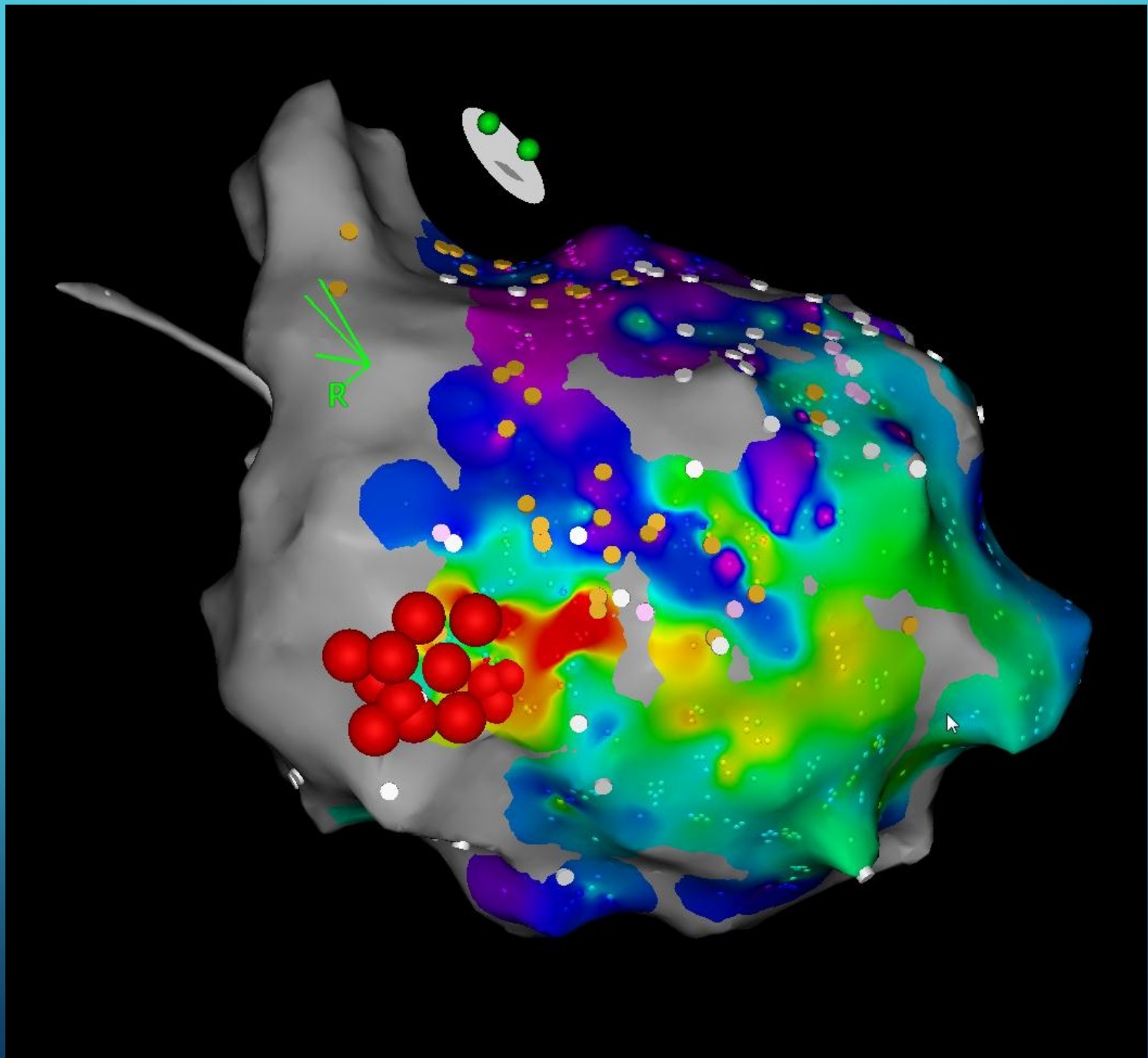
Volume: 227.92 RAO: 59 °  
Caudal: 45 ° Swivel: 16 °

0%

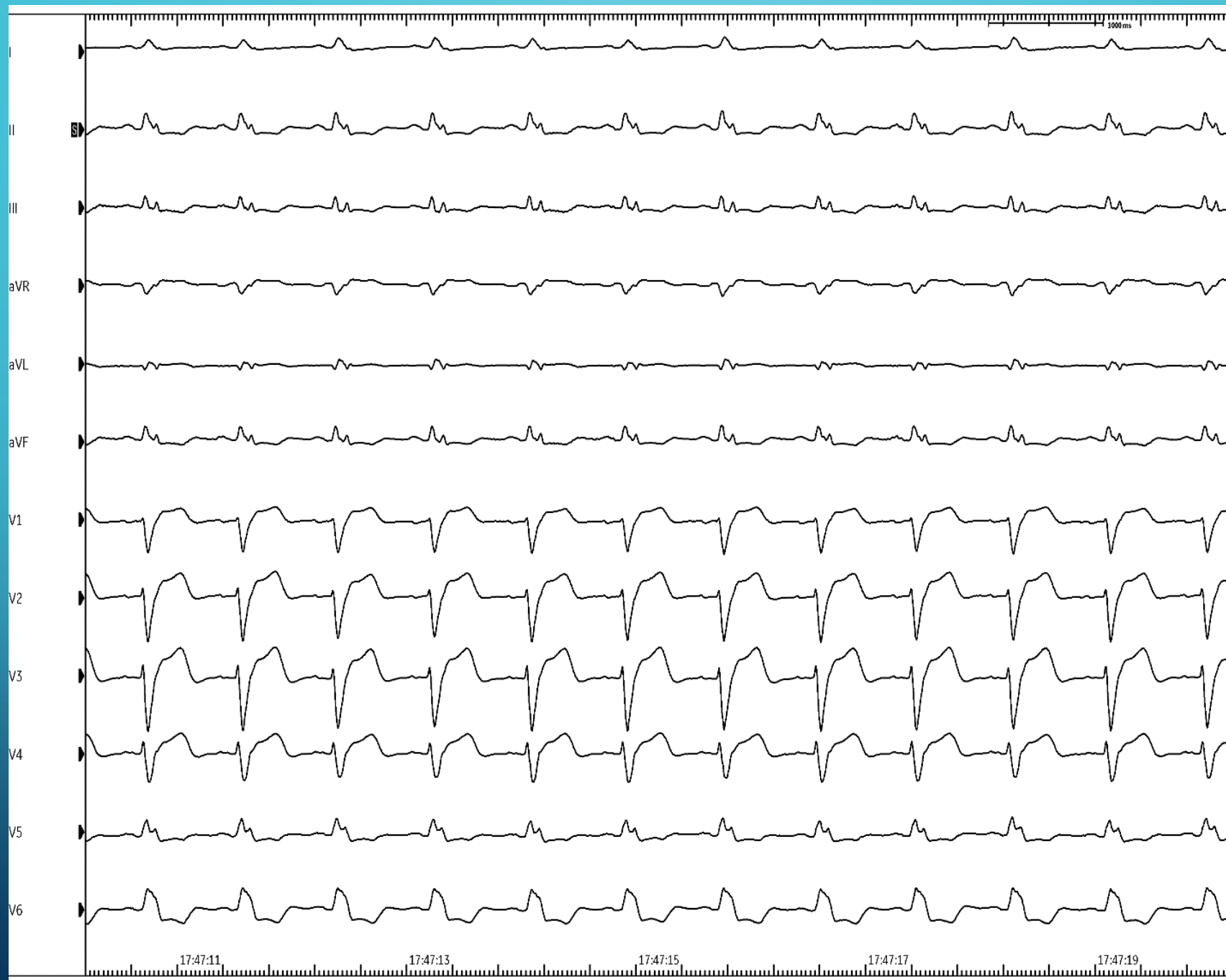


AP PA LAO RAO LL PL INE SUP







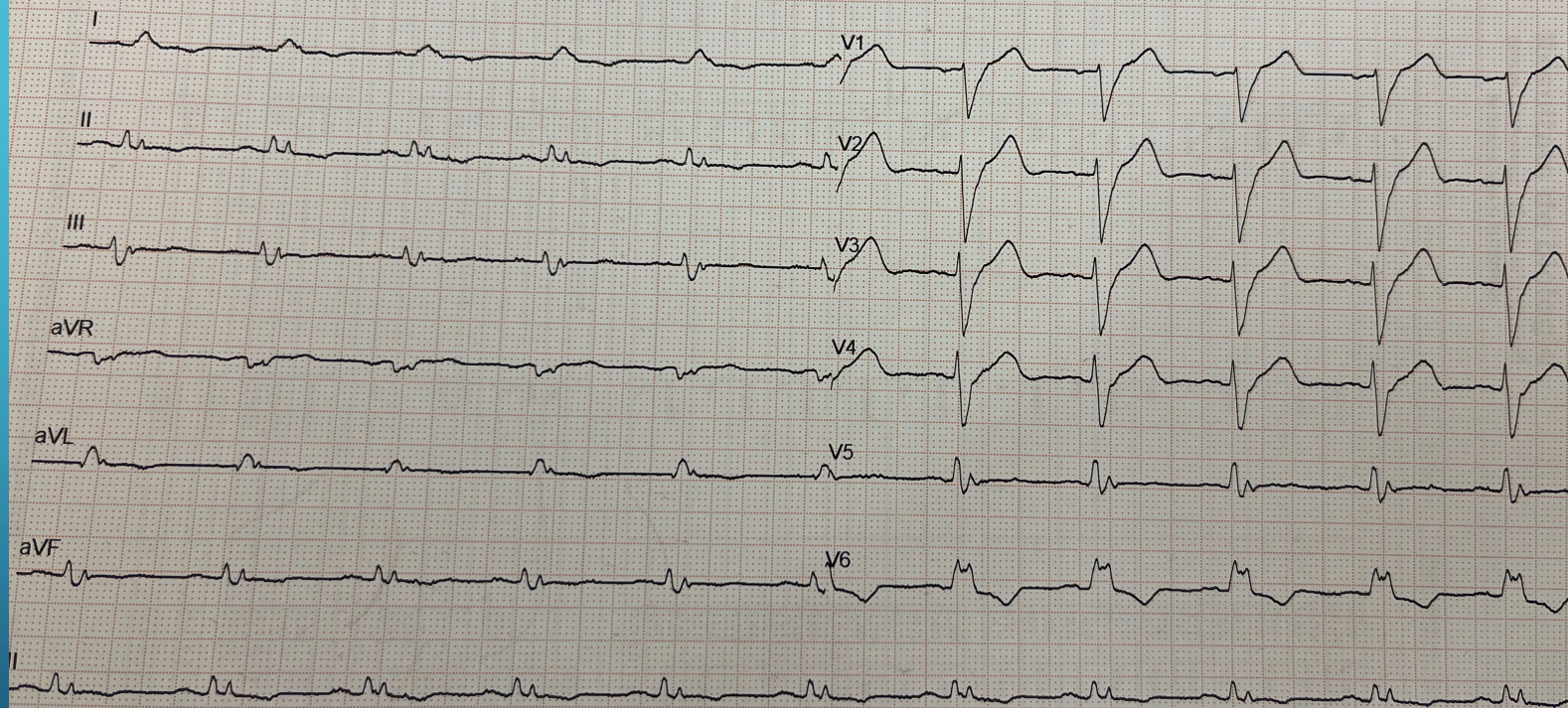




QRS 182 ms  
QT / QTcBaz 494 / 513 ms  
PQ - ms  
P - ms  
RR/PP 922 / 112 ms  
P/QRS/T - / 30 / 191 degrés

Médicament 2:  
Médicament 3:

Utilisat.:  
Méd. requérant:  
Méd. référent:  
Méd. soignant:





# EN POST ABLATION

- Disparition de l'ESV ciblée
- Pas de récurrence de FV/ torsades de pointes
- BBG complet apparue lors de la procédure d'ablation
- Fugue du patient à J2....



- Plusieurs hospitalisations pour insuffisance cardiaque en quelques mois malgré un traitement optimal de l'insuffisance cardiaque (ENTRESTO, BISOPROLOL, LASILIX, ALDACTONE)
- ETT: FEVG à 30%, ECG: RSR, BBG complet large (180ms)  
=>resynchronisation cardiaque ?

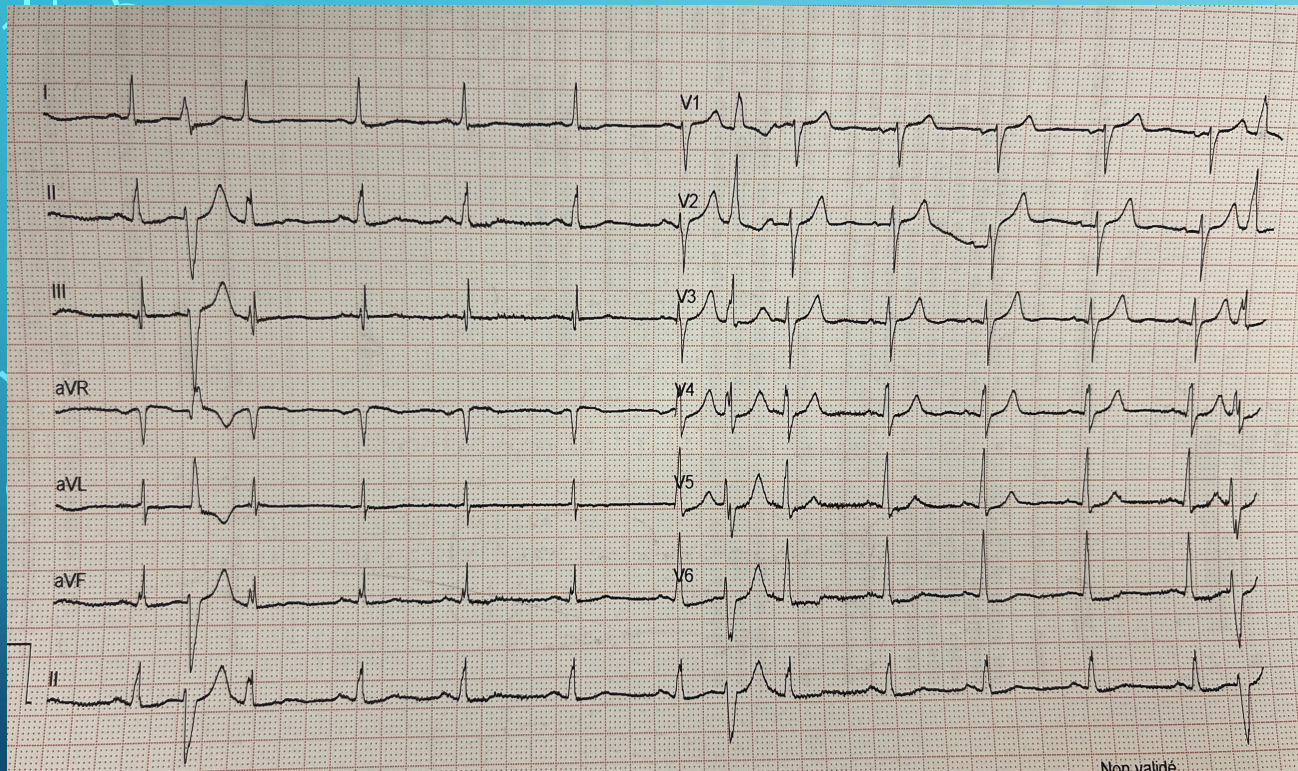


## Recommendations for cardiac resynchronization therapy in patients in sinus rhythm

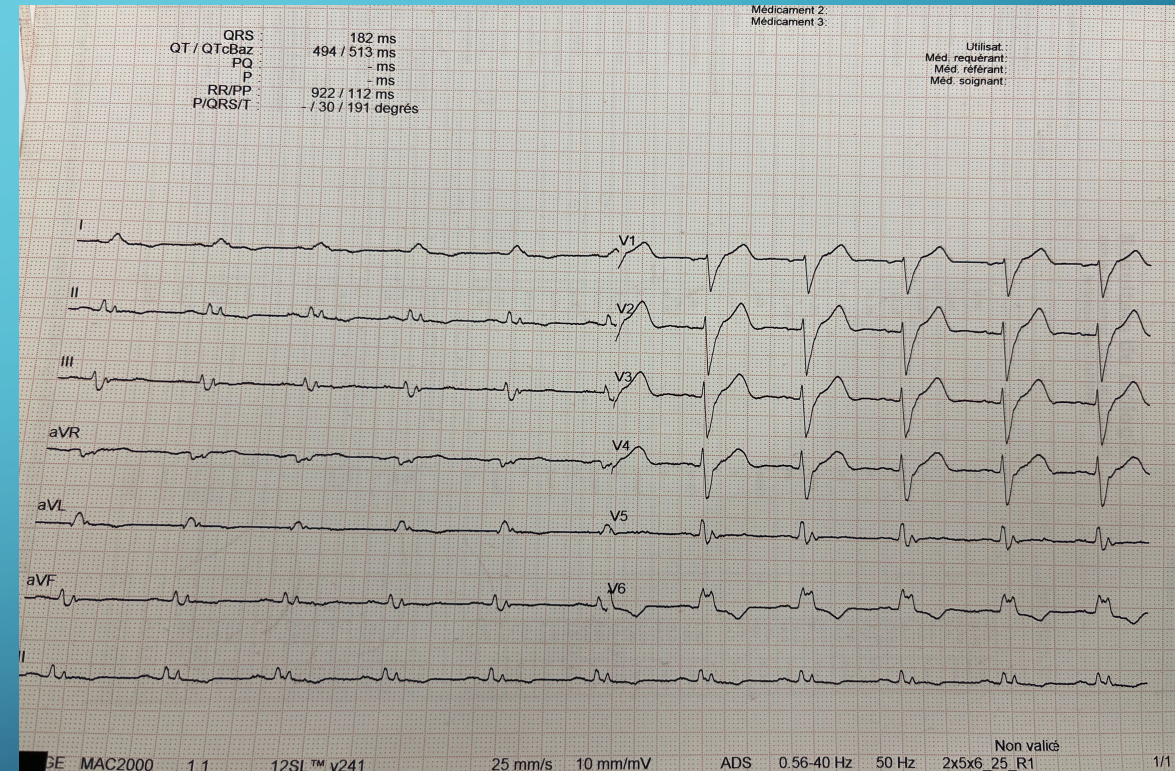
| Recommendations                                                                                                                                                                                                     | Class <sup>a</sup> | Level <sup>b</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b><u>LBBB QRS morphology</u></b>                                                                                                                                                                                   |                    |                    |
| CRT is recommended for symptomatic patients with HF in SR with LVEF $\leq 35\%$ , QRS duration $\geq 150$ ms, and LBBB QRS morphology despite OMT, in order to improve symptoms and reduce morbidity and mortality. | I                  | A                  |



# PROBLÈME



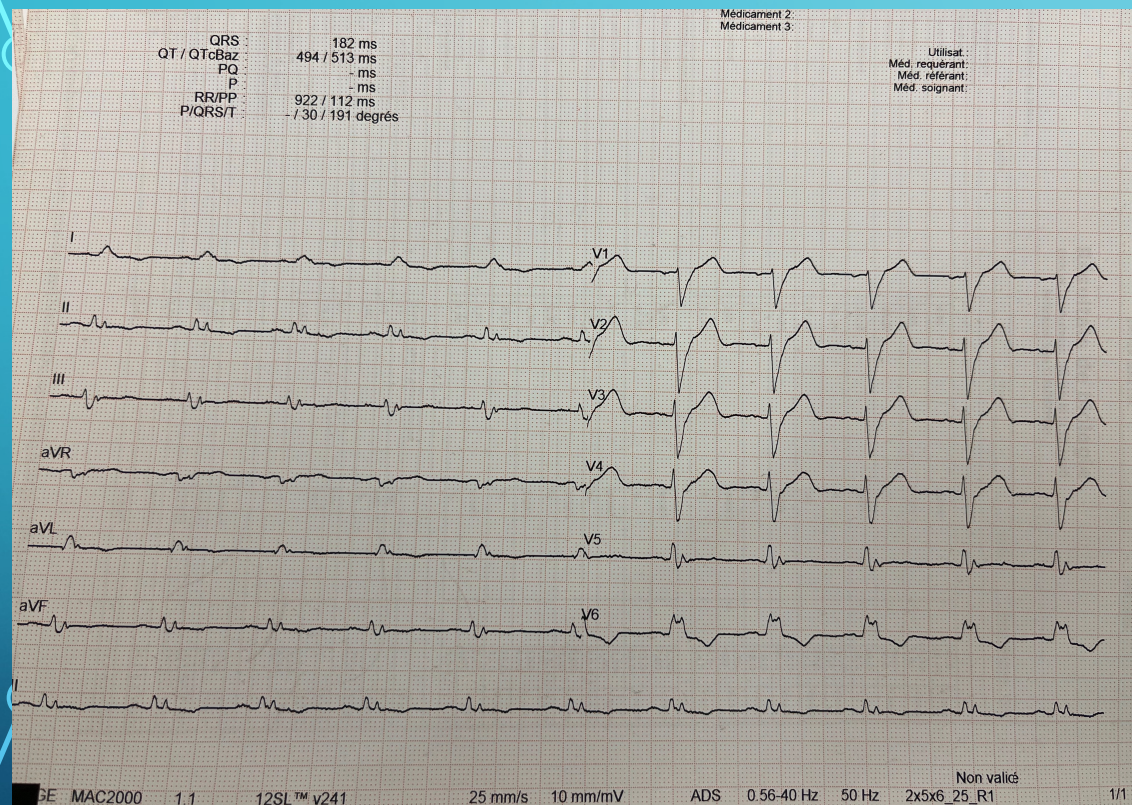
ETT: FEVG à 25-30%



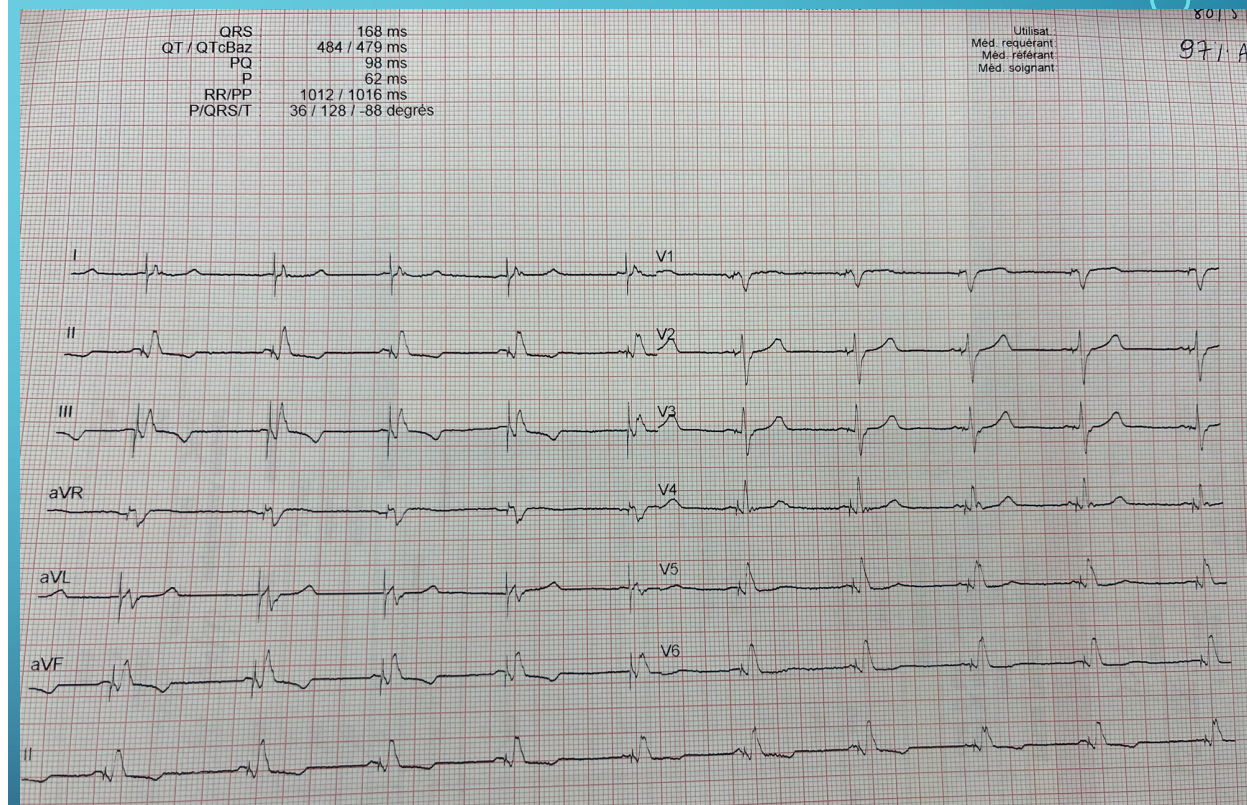
ETT: FEVG à 25-30%



# RESYNCHRONISATION CARDIAQUE



Avant



Après



# EPILOGUE

- Persistance des poussées d'insuffisance cardiaque
- ETT à 4 mois: FEVG à 25-30% malgré resynchronisation cardiaque
- 1 an après l'ablation:
  - Hospitalisation pour OAP sur premier passage en FA persistante
  - compliquée de FV avec réanimation cardio-pulmonaire, multiples chocs du DAI et par DSA avec décès du patient



# CONCLUSION

- L'ablation de FV dans la CMI est une intervention rare et délicate
- La FV peut survenir dans un contexte d'IDM aiguë ou de CMI établie.

## TTT FV en période d'IDM aiguë:

- Revascularisation coronarienne++++
- Traitement médicamenteux
- Si insuffisant:
  - Ablation en ciblant les ESV initiatrices qui viennent le plus souvent du Purkinje
- Patient souvent instable++++

## TTT FV sur CMI chronique:

- Ablation de l'ESV initiatrice (Trigger)
- Et/ou ablation du substrat en RS comme pour une ablation de TV