

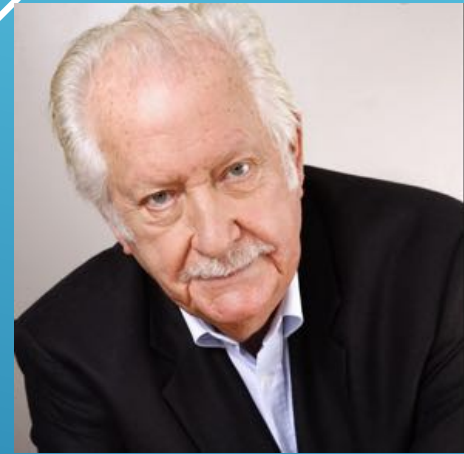
**APPAC 2018**

**AIT ITERATIFS ,SCA ST+  
CHERCHER LE COUPABLE !!!!!**

**F.FUNCK- V.DECALF- JF,PAILLON -D.NITU- M,BELLORINI**

**CHR DUBOS -PONTOISE**

Aucun conflit d'intérêt lié à cette  
présentation



# CAS CLINIQUE

Homme né en 1964 .84Kgs pour 180cm

Tabagisme sevré ; sportif

Pas d'antécédent en dehors d'une fibrillation atriale d'abord paroxystique puis

En 2015 fibrillation atriale persistante symptomatique sur cœur sain

Traitement beta bloquants ( fatigabilité toutes zones ) cordarone (thyroïde ) mal tolérés

Ablation par radio fréquence à Paris le 4 mars 2016

Traitement : xarelto; levothyrox ;inexium

# CLINIQUE 2

- ▶ Le 06/04 à 17h Apparition brutale au volant d'un deficit sensitif et moteur des 4 membres fugace (<1mn ) et récupération totale en 10mn
- ▶ Diagnostic : AIT... probable origine embolique
- ▶ Récidive à 19h aux urgences avec dysarthrie, hémiparésie gch avec parésie du MSG
- ▶ Récupération en quelques minutes
- ▶ Interrogatoire : pas de notion de palpitations
- ▶ Hémodynamique normal TA 115/50mm Hg
- ▶ ECG rythme sinusal
- ▶ Biologie :glycémie, NFS, créatinine normales

# CLINIQUE 3

- ▶ Echo doppler TSA : plaques non sténosantes
- ▶ IRM cérébrale : pas de lésion ischémique récente
- ▶ Echo cœur ETT : bonne fonction VG ; pas d'anomalie cinétique segmentaire ; pas de valvulopathie mitro aortique; pas de thrombus intra cavitaire; péricarde libre
- ▶ Surveillance USINV ; mis sous heparine ; ETO programmé pour le lendemain



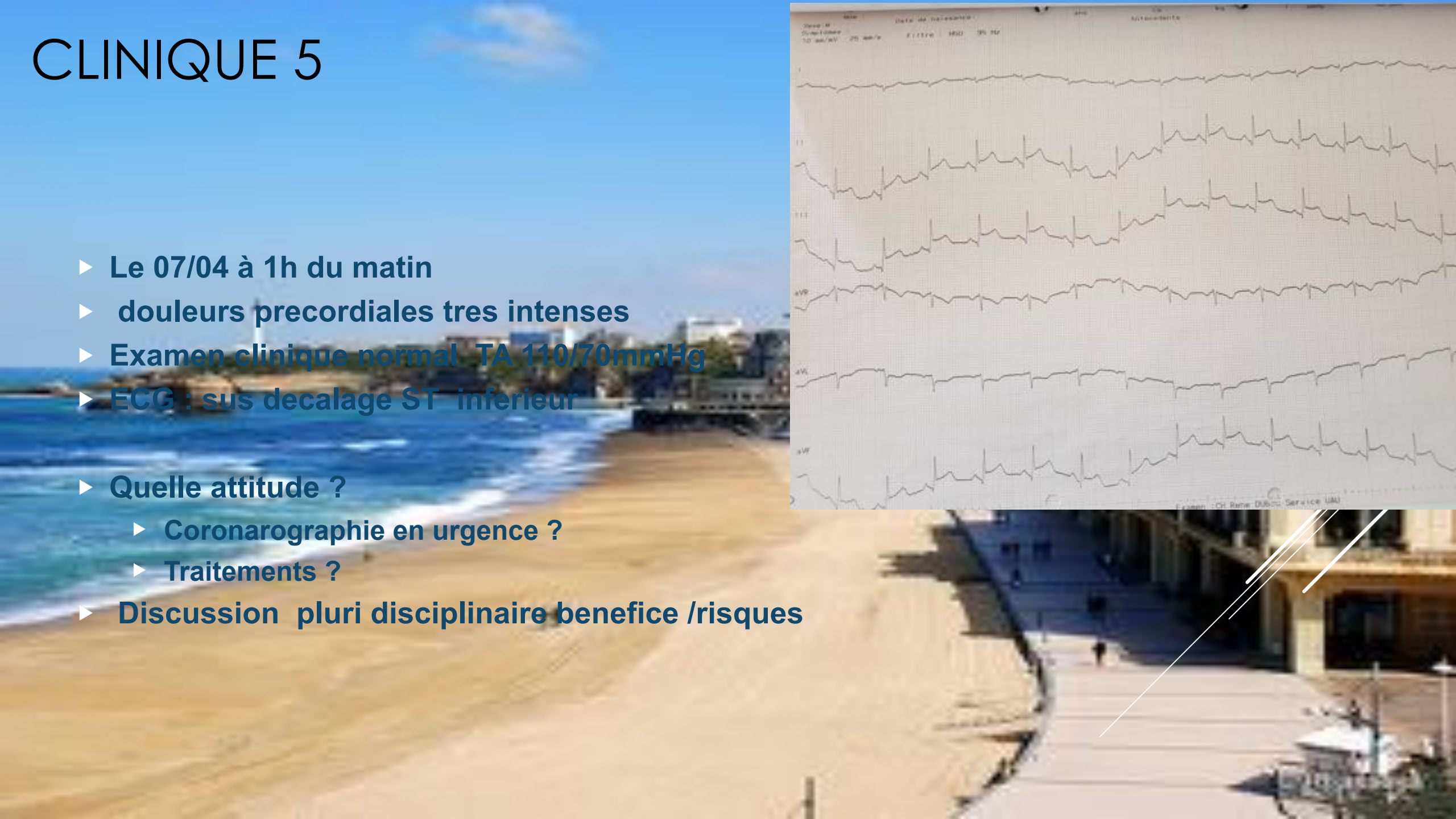
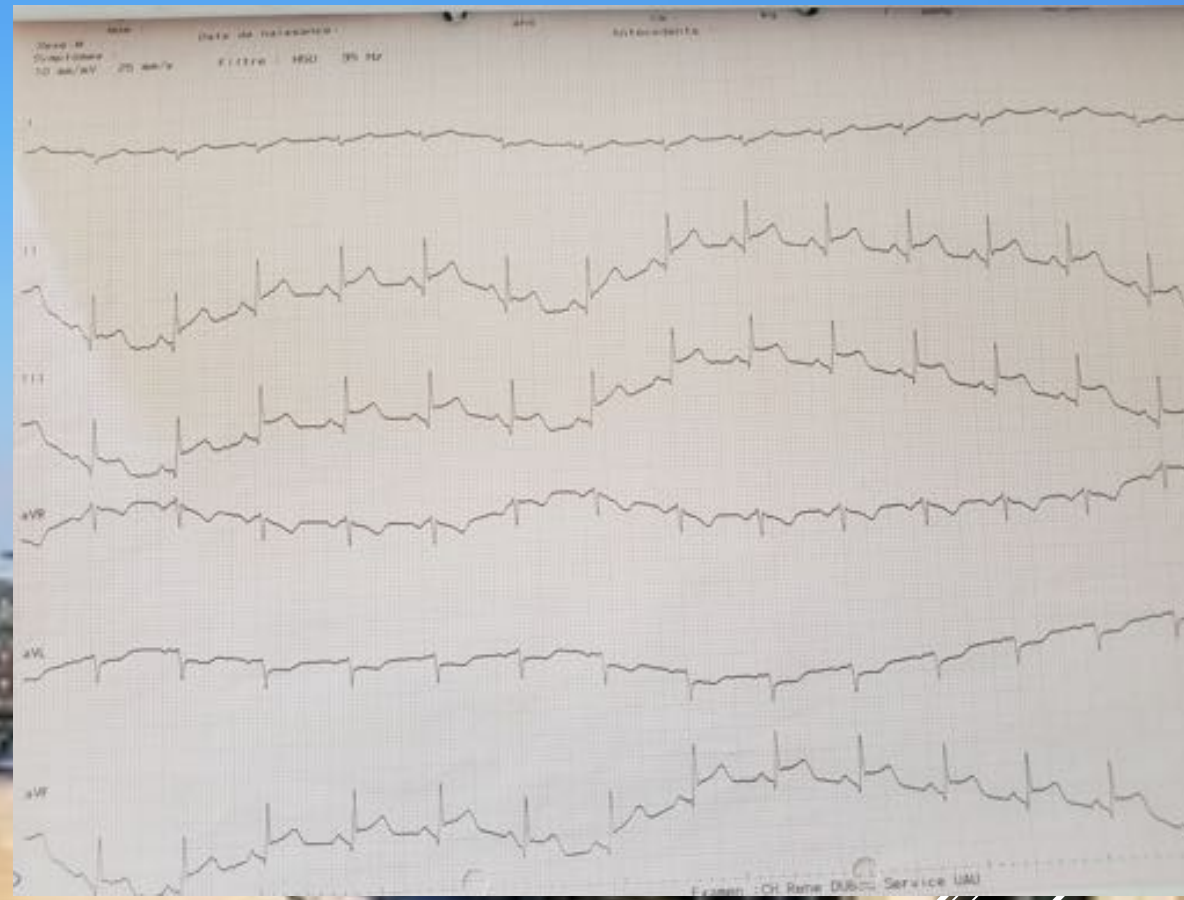
# CLINIQUE 4

- ▶ Le même jour à 22h, lors de la mobilisation , hémiplégié gauche, troubles visuels , hémis négligence Gch , dysarthrie, déviation de la tête et des yeux à droite
- ▶ IRM de contrôle (2 )
  - ▶ Pas de lésion ischémique
  - ▶ Pas d'occlusion du polygone
- ▶ Régression presque totale des symptômes après IRM ( minime ataxie MSG )



# CLINIQUE 5

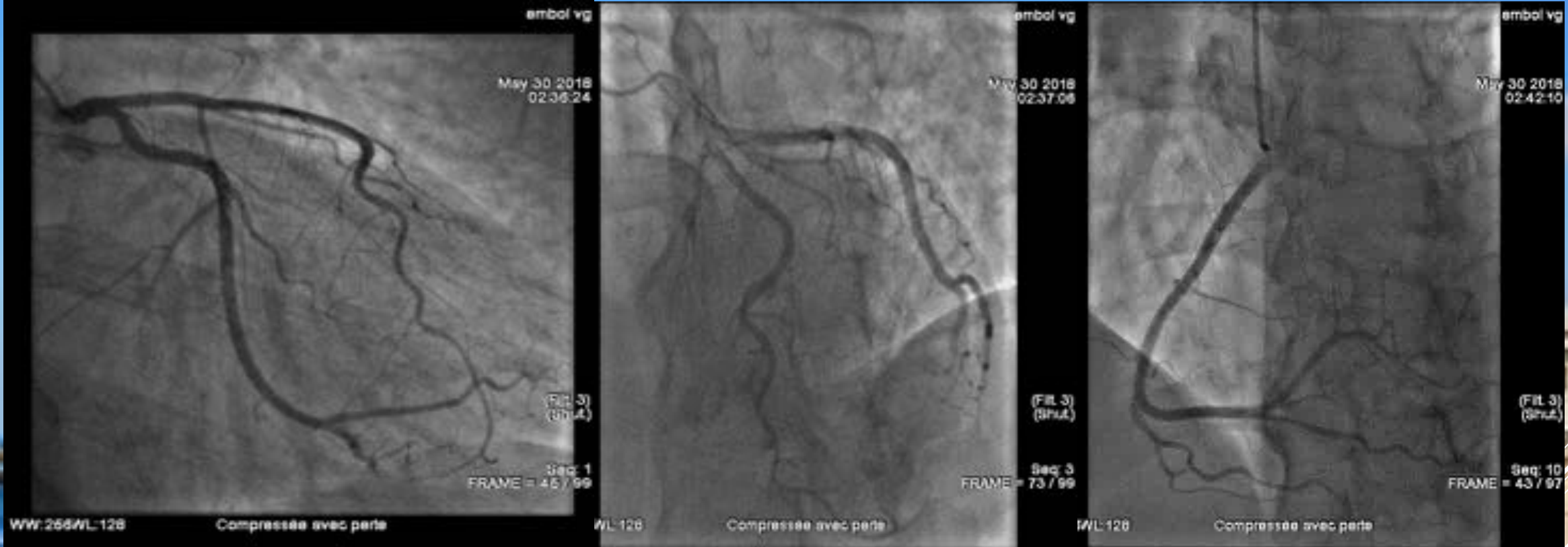
- ▶ **Le 07/04 à 1h du matin**
- ▶ **douleurs precordiales tres intenses**
- ▶ **Examen clinique normal TA 110/70mmHg**
- ▶ **ECG : sus decalage ST inferieur**
  
- ▶ **Quelle attitude ?**
  - ▶ **Coronarographie en urgence ?**
  - ▶ **Traitements ?**
- ▶ **Discussion pluri disciplinaire benefice /risques**







C  
O  
R  
O  
N  
A  
R  
O  
G  
R  
A  
P  
H  
I  
E





embol vg  
May 30 2018  
02:44:36

WW:266/WL:128

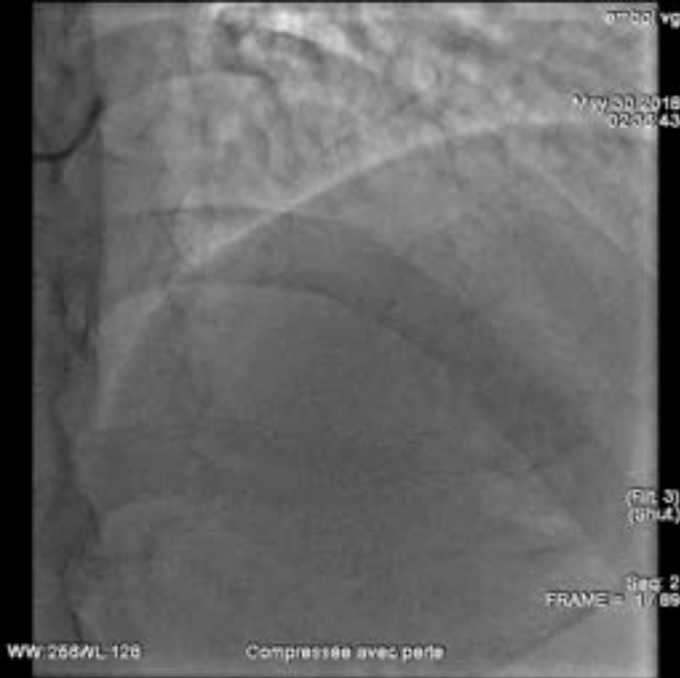
Compressée avec perte



embol vg  
May 30 2018  
02:37:06

WW:266/WL:128

Compressée avec perte



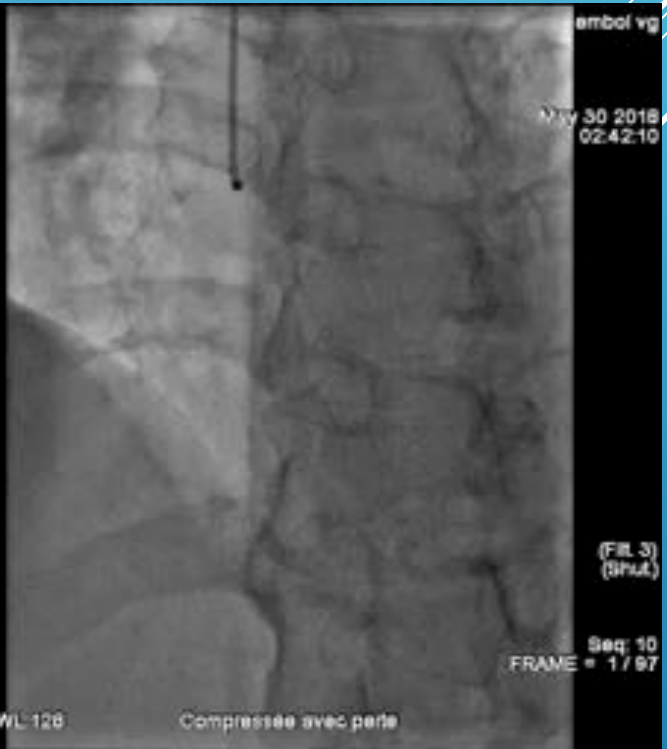
embol vg  
May 30 2018  
02:30:43

WW:266/WL:128

Compressée avec perte

(FIL 3)  
(SHUT)

Seq: 2  
FRAME = 1 / 89



embol vg  
May 30 2018  
02:42:10

WW:266/WL:128

Compressée avec perte

(FIL 3)  
(SHUT)

Seq: 10  
FRAME = 1 / 97

.VIDEOS CORO ANGIO.

# CLINIQUE 7

- ▶ Hospitalisation post coro en USIC
- ▶ Douleur thoracique = 0
- ▶ ECG rythme sinusal ; disparition du sus decalage de ST
- ▶ Le 07/04 à 6h30 etat stationnaire clinique
- ▶ À 8h30 confusion ; agitation ; déficit hemi corps gch
- ▶ Scanner cérébral en urgence :volumineux hématomme intra parenchymateux pariето occipital droit
- ▶ Arret anticoagulants et antagonisation de héparine par protamine; USINV



I'

## CLINIQUE 8



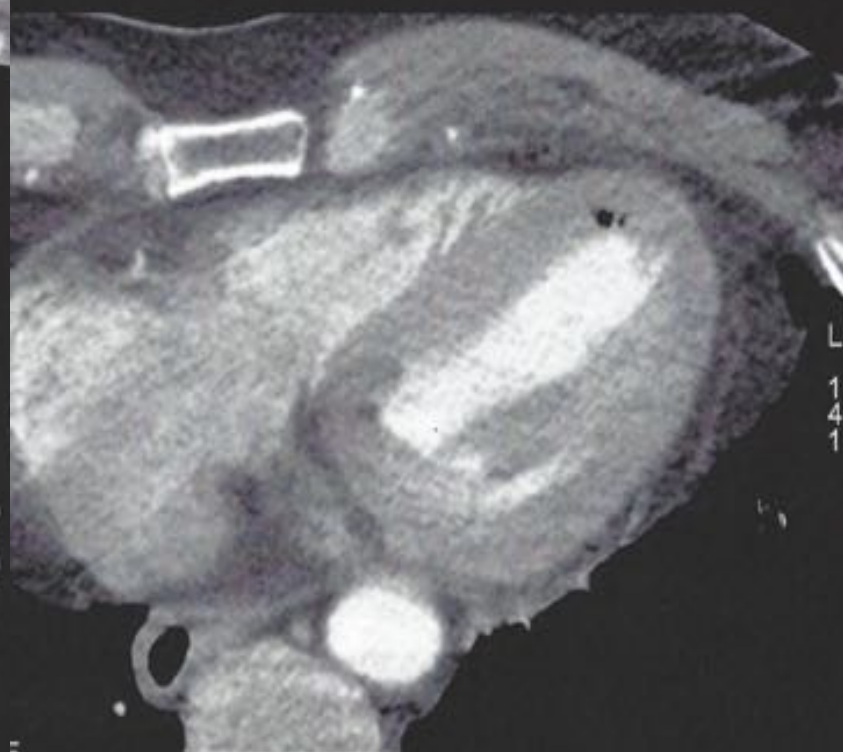
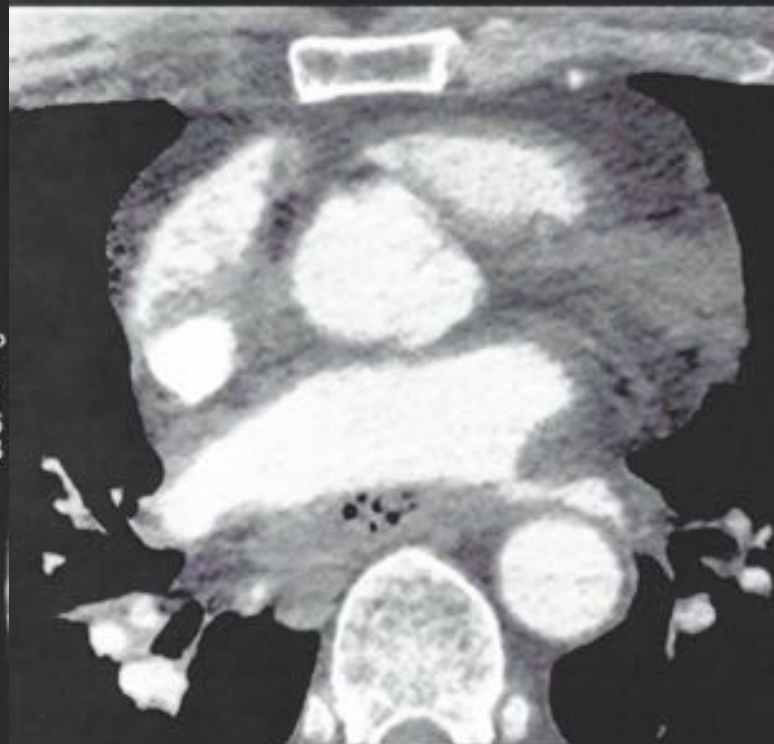
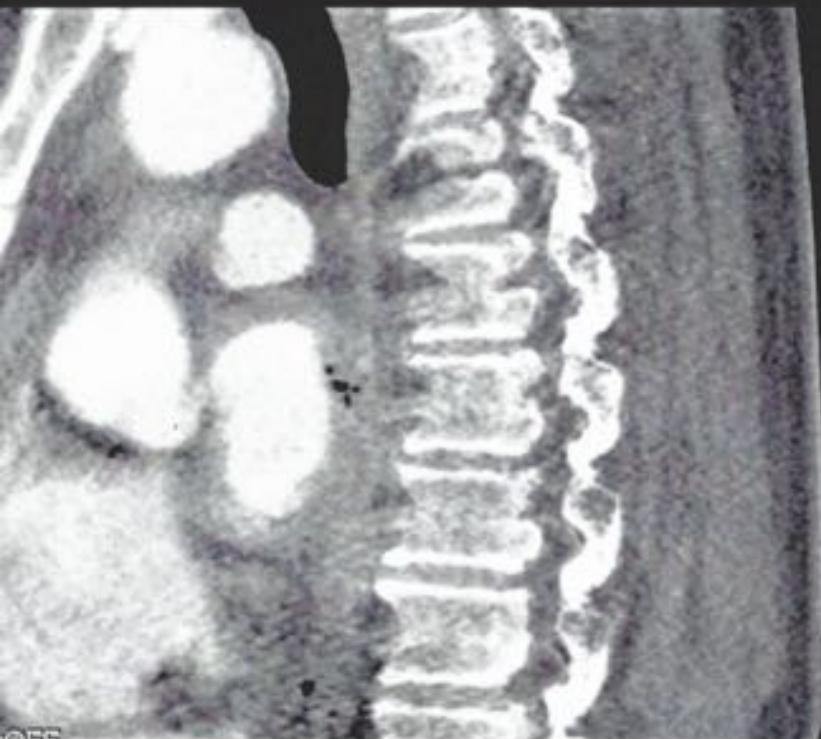
- ▶ **Le 07/04 à 10h30**  
dégradation de l'état  
neurologique avec troubles  
de la conscience et pauses  
respiratoires
- ▶ **Intubation / ventilation**
- ▶ **Scanner cerebral de contrôle**
- ▶ **Scanner thoracique**
- ▶ **Transfert à la pitié en  
neurochirurgie**

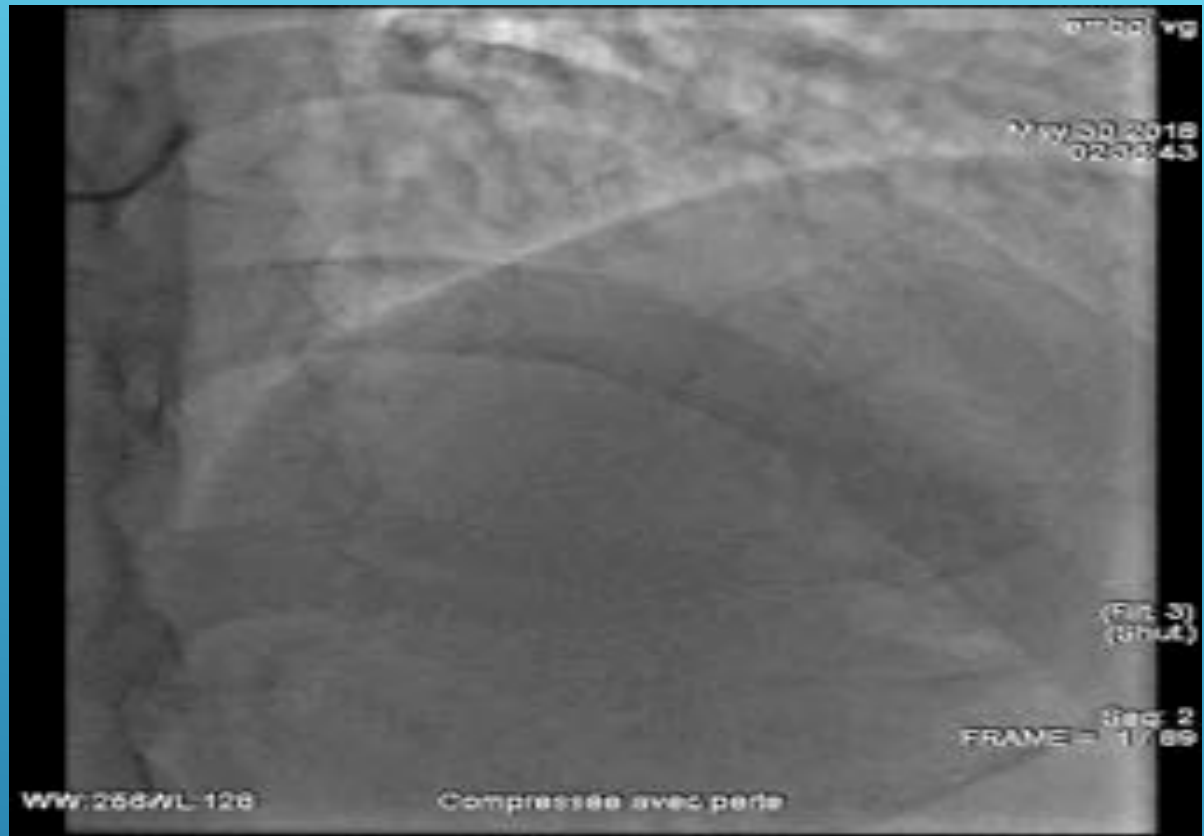


DIAGNOSTIC ??

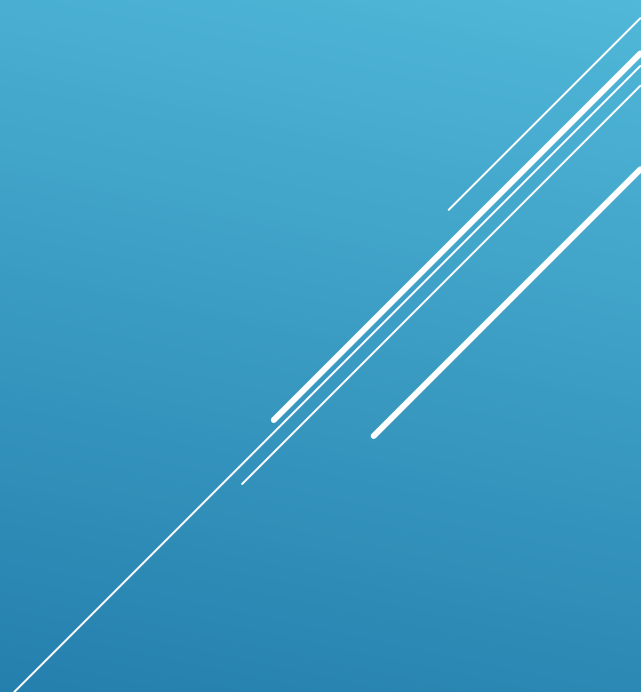
???????

...





A POSTERIORI





(Filt. 3)  
(Shut.)



# SUITES IMMEDIATES

A scenic view of a beach and city buildings under a blue sky. The beach is sandy and stretches along the coastline. In the background, there are several buildings, including a prominent one with a tower. The sky is clear and blue.

- ▶ **Evacuation de l'hématome en neurochirurgie**
- ▶ **Oesophagectomie puis jejunostomie puis retablisement par coloplastie**
- ▶ **Patient en vie avec séquelles neurologiques et troubles digestifs**

# REVUE DE LA LITTÉRATURE 1

## ▶ INDICATIONS :RECO 2016

## ▶ TAUX DE SUCCES

- ▶ FA PAROXYSTIQUE 75%
- ▶ FA PERSISTANTE 60%

## ▶ COMPLICATIONS DE L'ABLATION DE FIB. ATRIALE

- ▶ VASCULAIRES FEMORALES 1,2%
- ▶ EPANCHEMENT PERICARDIQUE 0,8%
- ▶ AVC 0,6%
- ▶ COMPLICATIONS INFECTIEUSES 0,1%
- ▶ DECES 0.07%

### FA paroxystique

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Catheter ablation of symptomatic paroxysmal AF is recommended in patients who have symptomatic recurrences of AF on antiarrhythmic drug therapy (amiodarone, dronedarone, flecainide, propafenone, sotalol) and who prefer further rhythm control therapy, when performed by an electrophysiologist who has received appropriate training and is performing the procedure in an experienced centre.	I	A
Catheter ablation of AF should target isolation of the pulmonary veins.	IIa	A
Catheter ablation of AF should be considered as first-line therapy in selected patients		

### FA persistante

Ablation of persistent symptomatic AF that is refractory to antiarrhythmic therapy should be considered a treatment option.	IIa	B
---	-----	---



# REVUE DE LA LITTÉRATURE 2

- ▶ **Fistule oeso atriale**
- ▶ **Son incidence est de 0,03 % ( taux de 0,01% à 0,07% ), mais elle est gravissime avec une létalité de 71 à 83 %. ( cardio pratique 2011 )**
- ▶ **Lésions mineures œsophagiennes up to 15%**
- ▶ **Survenue classiquement entre 3 et 15 jours voire plus tardives 6 semaines après ablation**
- ▶ **Scanner thoracique pré procédural ( Nancy )**
- ▶ **En cas de suspicion,**
  - ▶ **ETO contre indiqué**

## Facteurs technologiques et anatomiques associés aux lésions œsophagiennes

- Puissance délivrée au niveau de la paroi postérieure de l'oreillette gauche
- Type de cathéter
- Durée d'application de l'énergie
- Force imprimée au bout du cathéter
- Energie totale délivrée
- Moyenne des températures maximales
- Mode d'anesthésie
- Epaisseur de la paroi de l'oreillette gauche: 2,5 à 4 mm
- Epaisseur de l'interface atrio-œsophagien: distance endocarde atrial-œsophage < 5 mm

- ▶ procédure effectuée en toute sécurité
- ▶ Centre expérimenté
- ▶ Sonde de capture de température
  - ▶ ds l'œsophage
- ▶ Cartographie directe
- ▶ pas d'élévation d'impédance
- ▶ Durée courte - peu de tirs - puissance faible
- ▶ Echographie de contrôle

**RYTHMOLOGIE-STIMULATION CARDIAQUE**

**COMPTE RENDU D'EXPLORATION ELECTROPHYSIOLOGIQUE ET D'ABLATION**

Le 04/03/2016

Indication : FA persistante.

Méthode : procédure effectuée sous CORDARONE, en relais NACO - CALCIPARINE.  
L'abord est veineux fémoral droit (2 Désilets 8 et 1 Désilets 7F). Une sonde décapolaire défilable est mise en place dans le sinus coronaire. L'OG est abordée par une ponction trans-septale pour la mise en place d'une sonde d'ablation 4 mm irriguée (BIOSENSE Smart Touch SF) via une gaine SAINT JUDE 8,5 F. Une sonde avec capteur de température est positionnée dans l'œsophage, en regard de l'oreillette gauche (injection avec les veines pulmonaires droites).  
Un bolus de 120 UI/kg d'HEPARINE (10 000 UI) est injecté en début de procédure pour élever l'ACT au-dessus de 250 secondes (pic à 351 sec ; 248 sec en fin de procédure).

**Données électrophysiologiques et ablation :**  
La procédure est effectuée en rythme sinusal.  
Il n'est pas observé de foyer actif atrial ou veineux pulmonaire.  
La FA est traitée par l'isolation large des veines pulmonaires (ancre droit et gauche ; protocole 1 sonde). Il est à noter que les 2 lignes sont jointives sur l'OG postérieure (équivalent de ligne du toit).

Rythme sinusal stable en fin de procédure.  
Les blocs sur les veines pulmonaires sont complets. Ils sont validés par cartographie directe des an cres de gauche avec la sonde d'ablation et par la stimulation des 4 pôles antérieur / postérieur / supérieur / inférieur des deux an cres (absence de potentiel veineux - atrial ; absence de capture atriale).  
Le bloc sur la ligne du toit de l'OG est complet également.

Il n'y a pas de FA soutenue inducible. Des rampes de stimulation atriale jusqu'à la perte de capture en 1/2 cycle d'un cycle de 180 ms induisent de petits lambeaux de FA de quelques secondes seulement.

Un total de 71 applications de radiofréquence est délivré pour une durée totale de 26 minutes, avec une puissance de 25 à 35 Watts pour un débit de lavage de 8 à 15 ml/min et une température maximale de 48°C. Il n'est pas observé de pop ni de montée d'impédance.

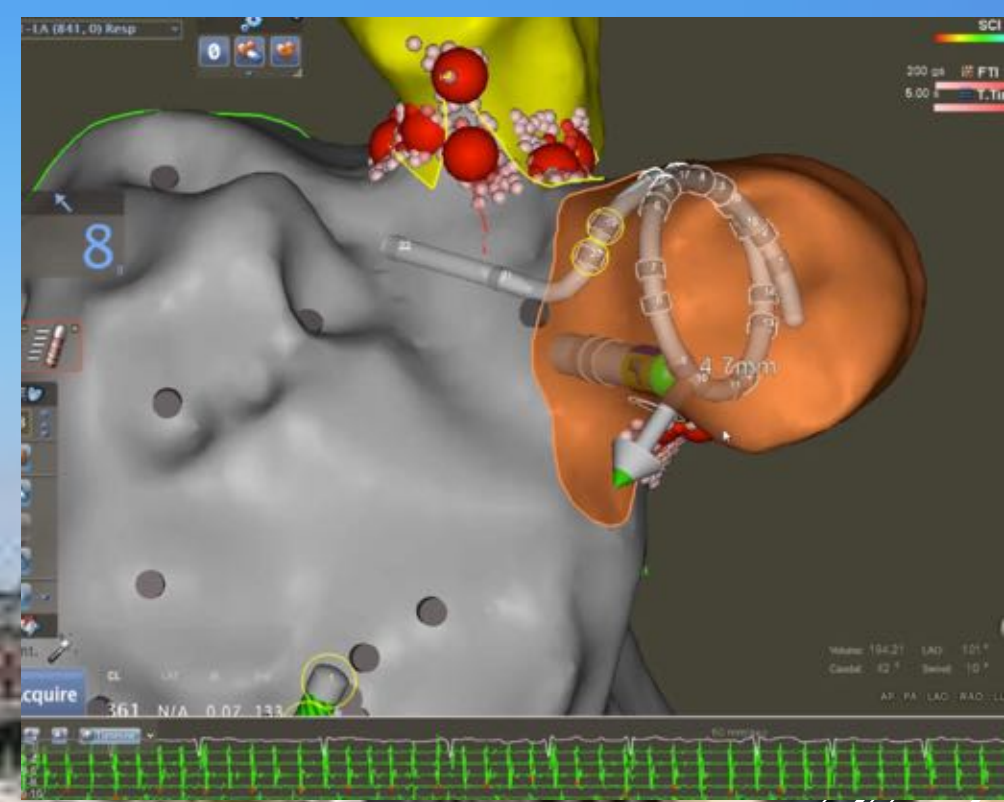
Durée procédure = 2 heures.    Durée scopie = 6 minutes.    Irradiation = 0,67 mGy.m<sup>2</sup>.  
Sérum perfusé durant la procédure (irrigation de la gaine et du cathéter) = 1 litre.  
Diurétiques IV : LASILIX 20 mg ; SOLUDACTONE 50 mg.

**Conclusion :** Abord trans-septal de l'oreillette gauche. La procédure est effectuée en rythme sinusal sans foyer actif. La FA est traitée par l'isolation des veines pulmonaires (ancre droit et gauche ; protocole 1 sonde). Rythme sinusal stable en fin de procédure ; absence de foyer résiduel ou de FA soutenue inducible (stimulation atriale).

# DONNEES PERSONNELLES

- ▶ Pontoise centre lourd de rythmologie
- ▶ Ablation de flutter commun
  - ▶ depuis 2012 (120 en 2018 )
- ▶ Ablation de fibrillation atriale paroxystique
  - ▶ depuis mi-2017 ( 50 en 2018 )
  - ▶ Debut de la cryo ablation 2018

Pas de complication majeure  
epanchement pericardique peu important (2 )  
hematome femoral non chirurgical (3)



# CONCLUSIONS

- ▶ TECHNIQUE DE + EN + UTILISEE CHEZ LE SUJET JEUNE AU CŒUR SAIN
- ▶ COMPLICATION EXCEPTIONNELLE MAIS GRAVISSIME
- ▶ AUTORISATION CENTRE LOURD AVEC PLATEAU TECHNIQUE MULTI DISCIPLINAIRE et SUIVI CARDIOLOGIQUE
- ▶ RECOURS AUX AMELIORATIONS TECHNIQUES

...

MERCI DE VOTRE ATTENTION

HASTA LA VISTA

