



Brèves de Cardiologues

La fermeture de l'auricule: Vraiment utile?

P.Commeau
Polyclinique Les fleurs
Ollioules

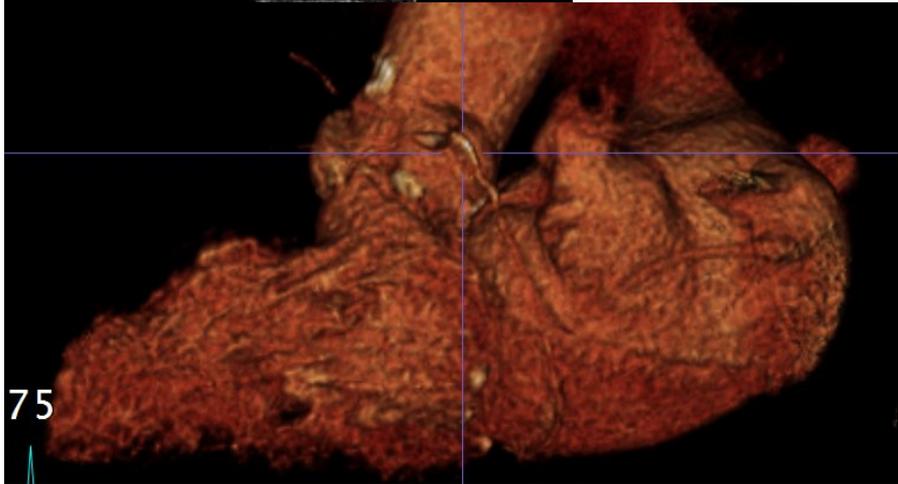
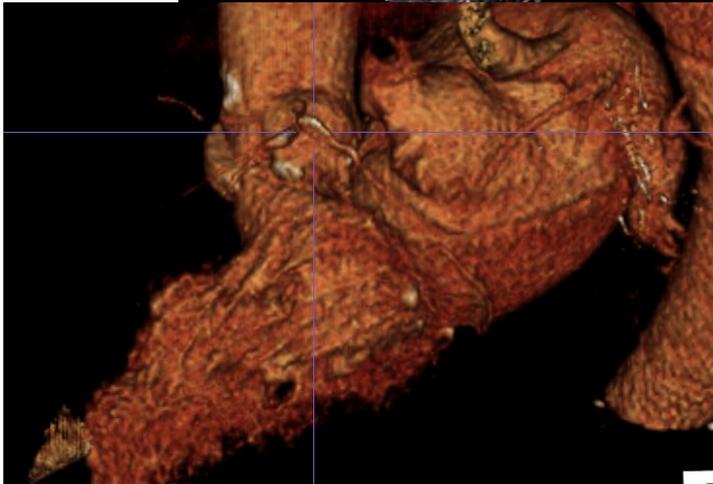


- Conflit d'intérêt
- Proctor Watchman pour BSCI

- Patient de 78 ans, HTA
- FA chronique indiquant un traitement anticoagulant au long cours
- RAC peu serré
- Antécédents de néoplasie vésicale traitée par radio-chimiothérapie et absence de récurrence
- Apparition d'épisodes d'hématurie sévère malgré un traitement anticoagulant par AVK bien conduit et conduisant à un bilan urologique ne retrouvant pas de récurrence locale mais une atteinte vésicale radique
- Malgré les tentatives de traitement alternatif (AOD, association anticoagulant à dose réduite et antiagrégant...), persistance d'hématuries nécessitant des lavages vésicaux, l'interruption momentanée des thérapeutiques..
- Discussion d'une fermeture d'auricule gauche

Bilan

- Réalisation d'un scanner cardiaque et d'une ETO après arrêt définitif des anticoagulants et substitution par Plavix
- **ETO** :
 - contraste spontané dans l'oreillette et l'auricule gauches
 - Anatomie péjorative (brocoli, large ostium et profondeur réduite)
 - Sténose aortique calcifiée modérée
- **Scanner cardiaque** : doute sur l'éventualité d'une thrombus au fond de l'auricule et anatomie délicate en brocoli et stigmates d'une EP ancienne segmentaire (LSD)
- **Coronarographie**: CG dominante avec plaques diffuses < 50% et gradient pic à pic 25mmHg



Procédure

- Décision d'une fermeture d'auricule gauche
- Découverte lors de l'ETO per-procédure d'un gros thrombus mobile intra-auriculaire obstruant tout l'auricule
- Arrêt de la procédure et reprise d'un traitement AVK à doses thérapeutiques



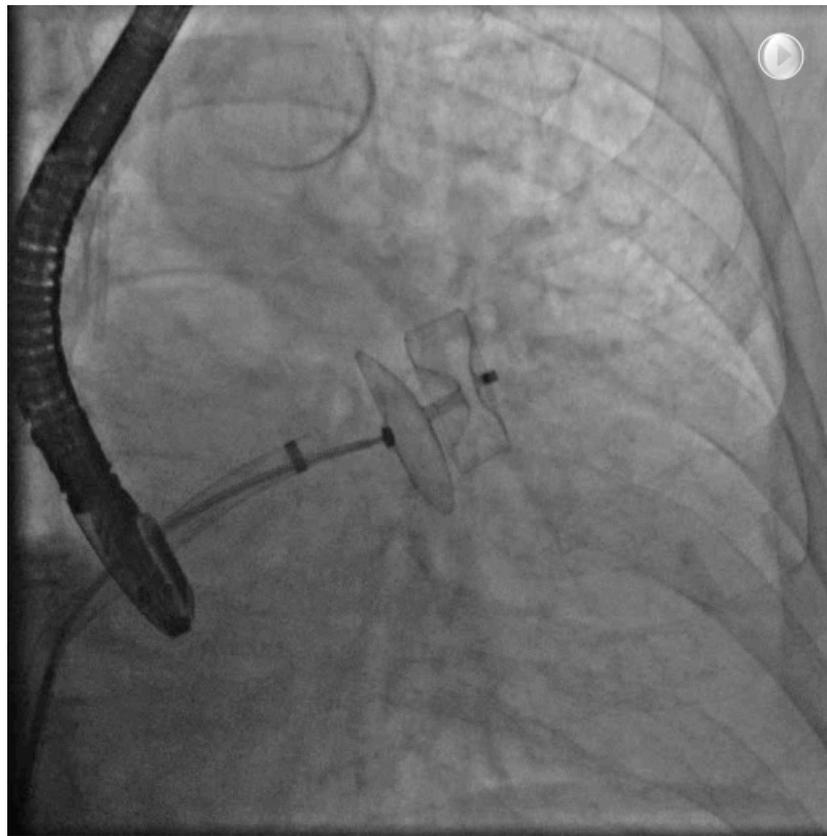
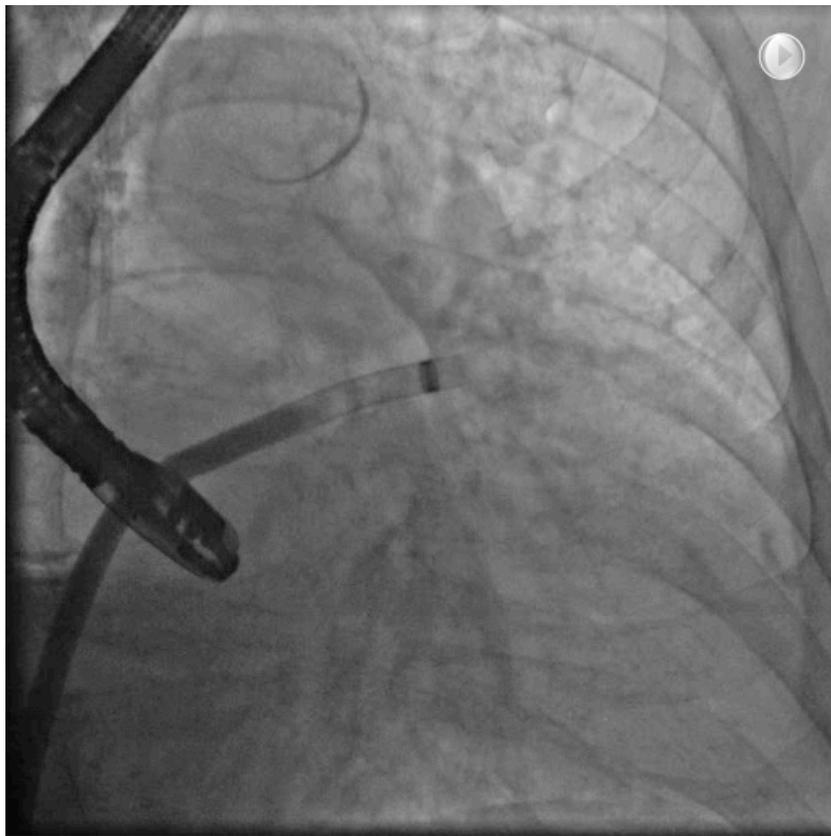
Évolution

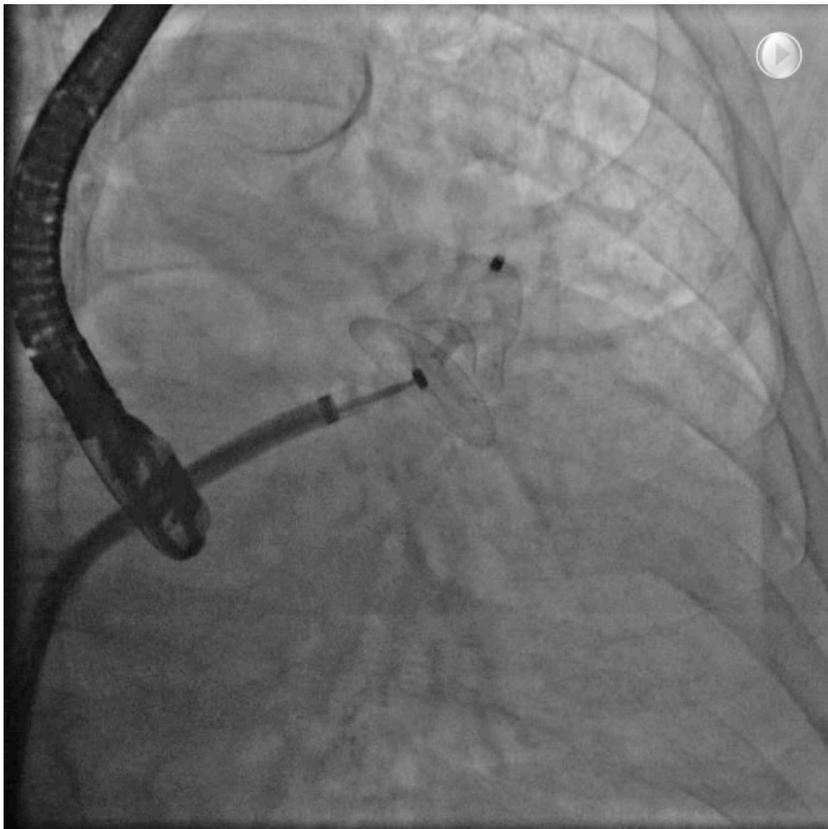
- Hématuries récidivantes mais sans gravité majeure au prix d'une stabilisation de l'INR à 2
- Accidents emboliques périphériques avec double occlusion poplitée (désobstruction poplitée gauche et reperfusion spontanée droite)
- Après 3 mois de traitement , le contrôle ETO confirme la résolution de la thrombose intra-auriculaire



2ème procédure

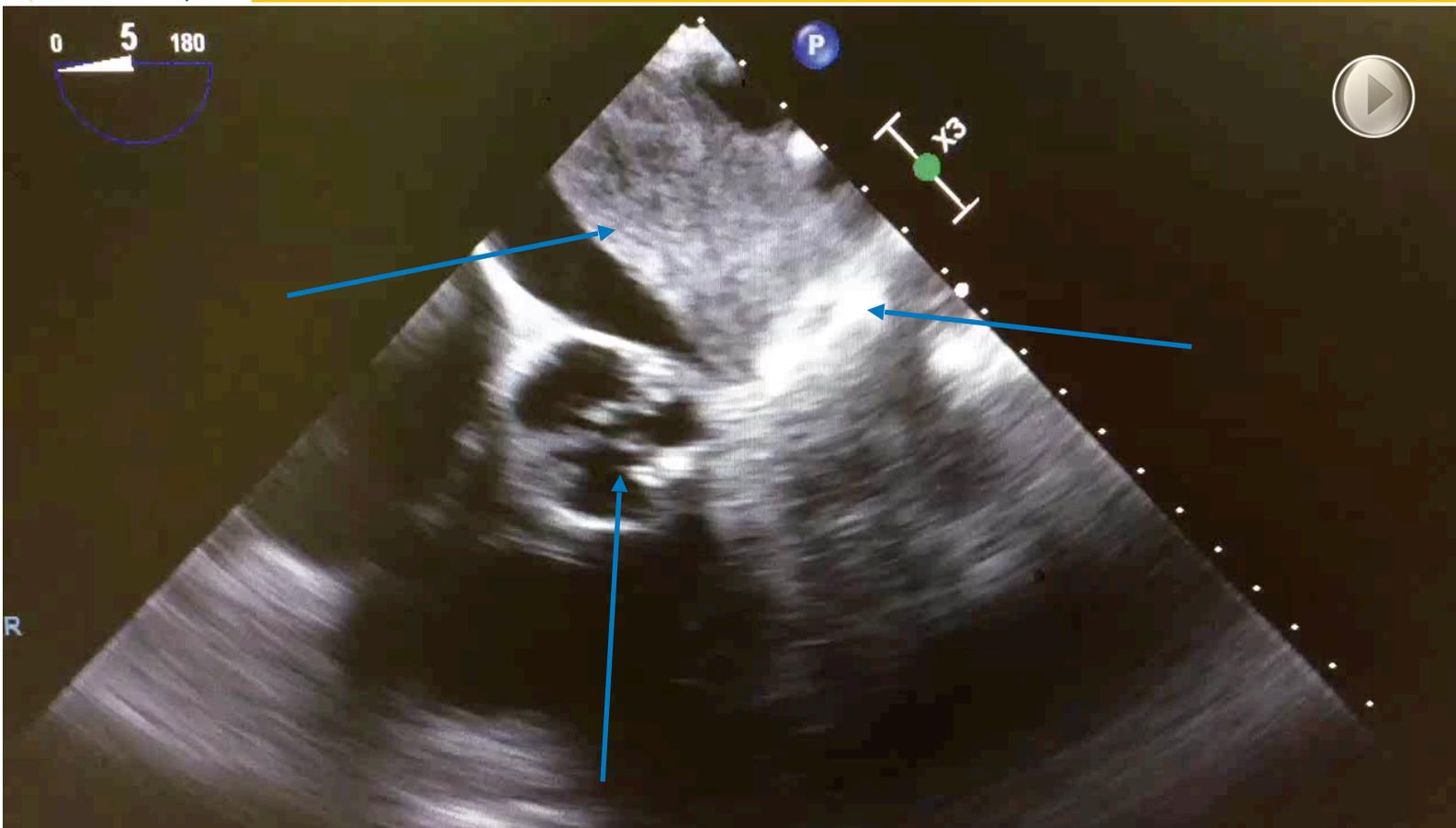
- Confirmation du nettoyage complet de l'auricule gauche
- Procédure délicate :
 - Échec d'implantation d'une prothèse de 28 mm
 - Succès de l'implantation d'une prothèse de 25 mm

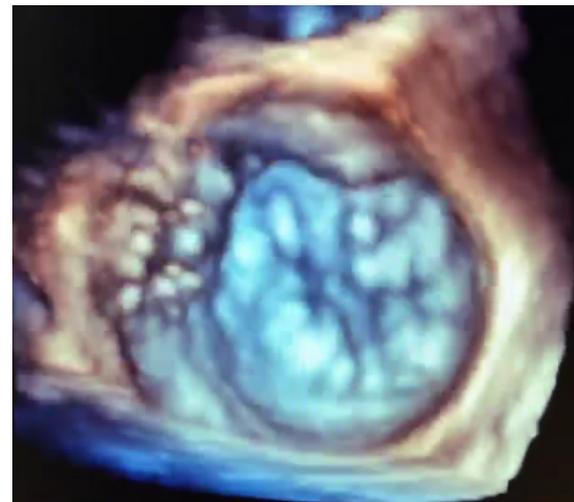
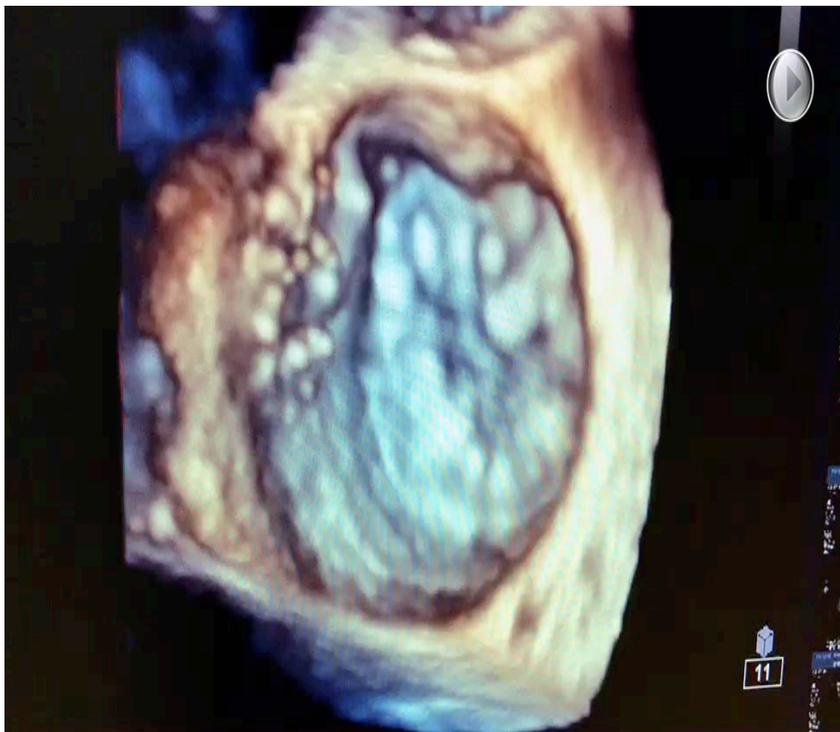


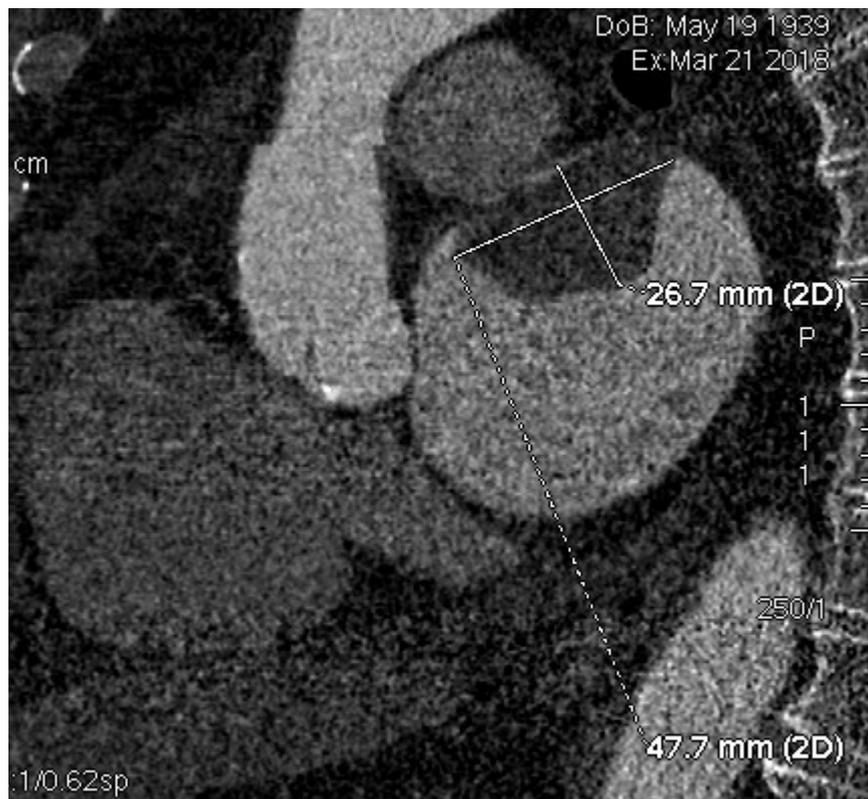


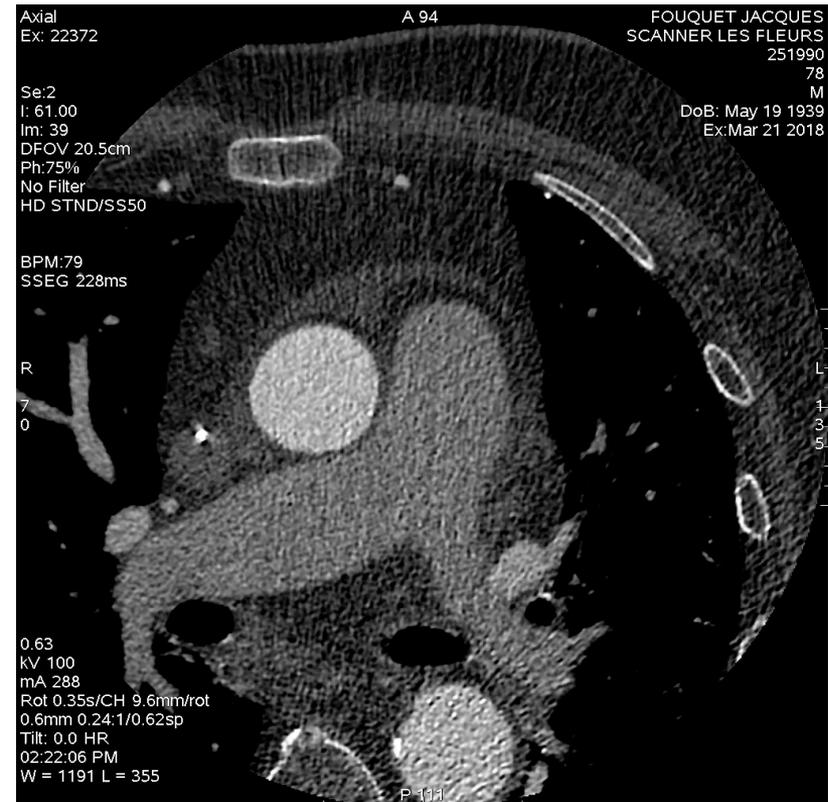
- Poursuite des anticoagulants 2 mois post-implantation
- Maintien d'un traitement par aspirine
- Contrôle ETO programmé entre 3 et 6 mois

- Évolution sans particularités
- Patient asymptomatique
- ETT systématique à 3 mois:
 - Patient peu échogène
 - discrète lame péricardique
 - FEVG 30% et majoration de la sévérité du RAC avec SAo à 0,6cm²
 - OG et matériel prothétique très mal visualisés
 - Décision d'une ETO









Intervention chirurgicale

- RVAo : k
- Thrombo
- Suture d
d'exclur
- Suites m
- Sortie à



on permettant

Conclusions

- Dans les indications actuellement admises en France, la fermeture de l'auricule ne règle pas tous les problèmes
- La gestion du traitement anticoagulant est difficile entre le risque hémorragique et le risque thrombotique sans que la substitution de classe ou l'introduction d'un traitement anti-agrégant plaquettaire soient la panacée
- Dans le cas présent, plusieurs facteurs jouent un rôle devant conduire à maintenir le traitement AC qq's mois si cela est possible:
 - Altération de la FEVG et aggravation de la sténose aortique
 - Possible facteur paranéoplasique
 - Caractéristique de la prothèse avec présence d'un ergot protubérant