

Fibrillation atriale : comment optimiser le traitement par ablation

Dr Jacques Mansourati, Dr Walid Amara

[Auteurs et déclarations](#)

5 mars 2018

Enregistré le 19 janvier 2018, à Paris

De plus en plus souvent proposée en première intention dans le traitement de la fibrillation atriale (FA), l'ablation a fait l'objet de plusieurs présentations au cours du dernier congrès des [Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie](#) (JESFC). Quelles sont les techniques actuellement utilisées en France? Quand doit-on arrêter les anti-arythmiques et les anticoagulants? Quels sont les facteurs de risque à prendre en compte avant l'ablation et pour éviter les récurrences? Les réponses du Dr Jacques Mansourati, interrogé par Walid Amara.

TRANSCRIPTION

Walid Amara — Bonjour, bienvenue sur Medscape. Je suis Walid Amara, cardiologue et rythmologue à Montfermeil. J'ai le plaisir de vous accueillir ce jour, en présence de mon ami, le Pr Jacques Mansourati du CHU de Brest, pour parler de l'actualité de la prise en charge de la fibrillation auriculaire par ablation suite au dernier congrès des [Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie](#) (JESFC). Alors, il y a plusieurs éléments de synthèse qui ont été traités au cours de ce congrès. Tu as eu l'occasion de présenter notamment aux JESFC. Où en est-on? Je sais que maintenant dans les recommandations on peut proposer [l'ablation] en première intention. Est-ce que dans votre pratique, par exemple à Brest et en France, on commence maintenant à voir arriver de plus en plus ces ablations de la FA de première intention et si oui chez qui ?

Quelle technique d'ablation utiliser ?

Jacques Mansourati — Effectivement... avec l'évolution de la technique et une sécurisation de plus en plus du geste, on peut maintenant proposer à un patient qui ne souhaite pas prendre de médicaments et qui est très gêné par sa fibrillation atriale, de lui faire l'ablation en première intention. Évidemment, il faut voir les patients en consultation, bien expliquer le geste, les complications possibles, éventuellement aussi les résultats, parce que ce n'est pas du 100 % non plus, et si le patient adhère à cette technique, à ce moment-là, on peut la lui proposer.

Walid Amara — En termes de technique, c'est vrai que la première intention reste l'isolation des veines pulmonaires et maintenant avec les nouvelles méthodes physiques, avec la cryothérapie, on va dire que globalement c'est plus simple d'aller isoler les veines pulmonaires. Peut-être que nous, rythmologues, on propose plus facilement l'ablation par rapport à il y a 10 ans...

Jacques Mansourati — Tout à fait, parce que le geste est moins complexe. C'est vrai qu'il y a deux équipes : celles qui font de la cryoablation et celles qui font de la radiofréquence. Moi, personnellement, je fais les deux, en fonction de chaque patient, parce que je pense qu'il faut garder quand même la main sur la radiofréquence, il faut toujours continuer à faire de la radiofréquence... mais c'est vrai que, en première intention, j'utilise la cryoablation. Pourquoi ? C'est un geste qui va aller plus vite : en gros il faut une heure à peu près pour mettre le matériel en place et à peu près quatre minutes par veine pour faire l'isolation des veines. Donc en gros cela va faire une heure et demie, maximum deux heures. La radiofréquence demandera peut-être une demi-heure à une heure de plus si on a des difficultés dans certaines zones des veines, à avoir la déconnexion complète des veines. Donc effectivement, la cryoablation facilite la chose, permet même éventuellement de faire deux gestes à la place d'un qu'on faisait auparavant de radiofréquence. Il y a une seule ponction transseptale — c'est vrai que dans la radiofréquence on utilise des fois deux ponctions. Moi, de plus en plus, j'utilise une seule ponction avec un échange de sonde sur la gaine, ce qui facilite aussi les choses. Et l'évolution des sondes de radiofréquence aussi, irriguées avec le contact, font qu'on va aussi plus vite dans l'isolation des veines. En fait, les choses ont l'air d'aller dans le même sens pour les deux techniques, mais la radiofréquence reste, pour l'instant, un peu plus simple que la cryoablation.

Walid Amara — Dans la fibrillation atriale paroxystique, on déconnecte les veines ; dans la fibrillation atriale persistante, quelle est la stratégie d'ablation ? Est-ce qu'on déconnecte les veines et on s'arrête là, pour une première stratégie ? Est-ce qu'on va un peu plus loin ? Comment vois-tu les choses ?

Jacques Mansourati — C'est vrai que la base de tout, c'est l'isolation des veines, quelle que soit la fibrillation atriale. Maintenant, il y a des équipes qui se confrontent un peu par rapport à quoi faire de plus — est-ce qu'on fait l'isolation des veines et on s'arrête ? Par exemple certains font de la cryoablation pour la persistante ; ils *choquent* le patient et ils attendent. C'est une possibilité. Il y en a d'autres qui vont faire de la radiofréquence, ce que je fais moi, dans la persistante — je fais l'isolation des veines, une ligne du toit de l'oreillette gauche, éventuellement une ligne au niveau de l'isthme gauche, éventuellement quelques défragmentations. Si le patient est réduit, c'est bon, s'il n'est pas réduit, je fais un choc électrique, je vois un petit peu l'évolution et je reprends une deuxième fois. Aller faire une isolation des veines et s'arrêter là pour une première fois, c'est un peu difficile, alors qu'on a fait une ponction transseptale, on est déjà dans l'oreillette gauche, pourquoi s'arrêter là ? Donc c'est un peu discutable de dire « je ne fais que l'isolation des veines et j'arrête. » C'est vrai que si on a pris l'option cryoablation, ce sera plutôt ça. Si c'est radiofréquence, je pense qu'on va avoir plutôt tendance à faire les lignes des toits. Je pense que la ligne du toit rajoute un peu de pourcentage de succès supplémentaire. Et puis d'autres équipes vont même faire des ablations plus larges au niveau des parois de l'oreillette sans faire l'isolation des veines et qui ont l'air de donner des résultats satisfaisants – donc c'est un peu au cas par cas, en fonction des zones de potentiels fragmentés qui vont faire uniquement ces zones de l'oreillette sans faire l'isolation des veines et ils ont l'air de donner des résultats plutôt favorables.

Walid Amara — Oui. Il y a la [publication](#) de notre ami Julien Seitz, de Marseille, qui montre que globalement, s'il travaille plus sur le substrat, sans aller au niveau des veines... cela semble donner de bons résultats...

Jacques Mansourati — Cela demande confirmation bien sûr, mais c'est aussi une autre façon de travailler.

Quand arrêter les antiarythmiques et les anticoagulants ?

Walid Amara — Alors on a beaucoup parlé de technique — à la limite, la technique qu'on utilise, c'est notre cuisine — maintenant, on va parler antiarythmiques, anticoagulants. Nos collègues cardiologues nous adressent les patients pour l'ablation... souvent ils ont essayé un antiarythmique et ils sont en échec. Qu'est-ce qu'on fait ? On les ablate ? Et après, qu'est-ce qu'on fait des antiarythmiques ?

Jacques Mansourati — En gros, si c'est une FA paroxystique, on va se donner à peu près trois mois, parce qu'on sait que c'est dans les trois premiers mois qu'on peut avoir des récurrences de FA sans que ce soit pour autant un critère d'échec de la technique. Pourquoi ? Parce qu'il y a toute la réaction péricardique qui se fait autour, et puis il y a notre ablation aussi qui peut provoquer de l'arythmie. Au bout de trois mois, si le patient n'a pas de symptômes, on peut se permettre d'arrêter les antiarythmiques. Les anticoagulants, on peut en parler aussi : si le patient a un CHADSVASC à zéro, on peut arrêter au bout de trois mois les anticoagulants, c'est ce que je fais personnellement – il y en a d'autres qui vont attendre plus longtemps. Si le CHADSVASC est plus élevé, bien sûr là c'est autre chose, puisqu'on sait qu'il y aura des FA silencieuses qui vont récidiver et donc là on ne peut pas se permettre d'arrêter les anticoagulants. Après, le CHADSVASC à 1, c'est une discussion avec le patient, comme les recommandations le disent.

Maintenant, pour les antiarythmiques, faut-il les laisser avant l'ablation ? Bien sûr, on va les laisser si le patient est sinusal — cela facilite le geste — plutôt qu'avoir le patient qui arrive en FA. C'est toujours plus facile d'avoir la déconnexion des veines évidentes lorsque le patient est sinusal et donc effectivement, après, on va les maintenir pendant trois mois et arrêter. Et je pense qu'avec les médicaments, il ne faut pas oublier qu'il y a tout un tas d'éléments supplémentaires pour prévenir les récurrences, dont on parlera aussi.

Walid Amara — Oui, bien sûr. J'ouvre juste une parenthèse sur le *flutter* — parce qu'on nous adresse aussi beaucoup de patients pour des ablations de *flutter*. En théorie, la recommandation est la même que pour la FA, donc on devrait regarder le CHADSVASC pour décider ou pas si on arrête ou pas, après. Maintenant, je pense que tu es un peu comme moi : un patient qui n'a fait que du *flutter*, qui a un CHADSVASC plutôt pas très élevé, peut-être à 1 ou 2 maximum, qui n'a jamais fait de FA, mais dont on sait qu'il peut faire de la FA silencieuse — cela vous arrive, à vous aussi, d'arrêter les anticoagulants ?

Jacques Mansourati — On arrête, absolument. Et on pourrait même arrêter comme on fait après un choc électrique – un CHADSVASC à 0 – c'est-à-dire au bout d'un mois, on peut se permettre d'arrêter les anticoagulants. Maintenant, le patient qui a une cardiopathie, qui a un CHADSVASC plus élevé, là c'est une discussion pour savoir s'il risque de faire de la FA. On va peut-être laisser les anticoagulants plus longtemps et faire un Holter pour savoir s'il fait de la FA silencieuse, pour décider de l'arrêt ou non des anticoagulants.

Walid Amara — Pour clore le chapitre « anticoagulants au cours de l'ablation » : on a eu plusieurs études qui ont été présentées [au congrès] qui montrent qu'on peut faire l'ablation sous anticoagulants oraux directs (AOD) sans les arrêter avec les études [Re-CIRCUIT](#) avec le dabigatran, [VENTURE-AF](#) avec le rivaroxaban, [ABRIDGE-J](#) qui a été présentée récemment où ils avaient un peu suspendu pendant deux prises du dabigatran... et on attend l'étude avec l'apixaban, qui s'appelle [AXAFA](#). Globalement, on a un [consensus récent HRS/EHRA](#) — on

peut maintenant ne pas arrêter ou faire une suspension très courte de ce traitement anticoagulant...

Jacques Mansourati — Absolument. Maintenant, on ne devrait plus craindre ces AOD. En tout cas, pour les antivitamines K, on les garde tant que l'INR est entre 2 et 2,5 et on continue le geste sous AVK bien sûr, en utilisant l'héparine pendant le geste. Les AOD, normalement oui, mais il y a toujours ce problème avec les anesthésistes qui ont souvent peur des AOD en cas de tamponnade par exemple, s'il y a un geste chirurgical après – heureusement, c'est exceptionnel – ils préfèrent ne pas avoir les AOD. Moi, personnellement, je les arrête juste 24 heures avant, je fais le geste sous héparine et je reprends les AOD le soir même, en arrêtant l'héparine bien sûr à ce moment-là.

Walid Amara — Le fait qu'on ait un antidote pour le dabigatran nous sécurise et on attend, bien sûr les antidotes pour les autres...

Quatre facteurs de risque de FA qui devraient attirer l'attention...

Walid Amara — On arrive presque à la fin. Ta présentation aux JESFC portait notamment sur d'autres thérapeutiques. J'ai trouvé cela super intéressant, de dire qu'on n'est pas que des cardiologues, on est des médecins, on s'intéresse au reste et aux éléments qui vont permettre d'améliorer notre taux de succès finalement, de maintien du rythme sinusal. Bien sûr, il y a l'obésité etc... Est-ce que tu peux dire à la communauté les points qui te semblent importants, auxquels on devrait tous faire attention — que ce soit nous, techniciens, ou le cardiologue qui nous adresse ?

Jacques Mansourati — Bien sûr. Il y a des facteurs de risque à la FA, on les connaît : les cardiopathies, l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie valvulaire, l'hypertension artérielle, le diabète. Tous ces terrains-là, il faut bien les traiter. Mais il y a aussi des facteurs de risque dont on ne s'occupe pas beaucoup... Ce sont :

- **l'obésité** : il y a des études qui montrent que quand on perd 10 % de poids de façon linéaire, on a à peu près le même taux d'éviction de récurrence de FA que l'ablation elle-même. Donc, pourquoi ne pas essayer cela aussi ?
- **l'apnée du sommeil** : une fois corrigée, on a de meilleurs résultats après l'ablation et même on peut réduire les récurrences de FA.
- **L'alcool** : même un verre d'alcool par jour peut avoir un effet néfaste, donc cela dépend de la susceptibilité de chacun. L'alcool et la FA, ce n'est pas une courbe en J comme avec le risque cardiovasculaire, c'est une courbe linéaire, donc c'est pour cela que même un verre par jour, chez certaines personnes, peut être aussi un risque.
- **L'activité physique** : quand on n'en a pas, ce n'est pas bon pour la FA. Une activité physique moyenne, c'est bien, mais l'activité d'endurance à intensité forte, là aussi cela peut être un risque de FA chez les patients marathoniens – on en a de temps en temps qui viennent en consultation, plus âgés, qui ont des fibrillations atriales. Donc le juste milieu est bien.

Donc effectivement, le fait de prendre en charge ces quatre facteurs de risque réduit fortement les récurrences et peut permettre d'éviter même l'ablation chez certains, et en cas d'ablation, cela permet d'éviter les récurrences et d'éviter d'autres ablations. Donc, un patient qui vient pour une FA, il ne faut pas uniquement considérer l'électrophysiologie, il faut vraiment essayer de voir avec un diététicien, l'activité physique et éventuellement un psychologue pour

essayer de voir le problème de façon globale, pour minimiser aussi le maximum le risque de récurrence en traitant ces facteurs de risque.

Walid Amara — Merci, Jacques, pour cette synthèse. Merci à tous d'avoir participé à ce programme. Et je vous dis à bientôt sur Medscape.