

Gérer une Fibrillation atriale grave

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

J. Taieb L. Trevisan C Amar



Monsieur R. 56 ans

- CMD alcoolique, **FEVG 20%** Récusé à la transplantation (exogénose non sevrée)
- DAI monochambre en prévention primaire
- **Hyperthyroïdie** à la cordarone
- Traitement: Perindopril 4mg/j, lasilix 80mg/j, sotalol 80 mg/j

Décompensation cardiaque récente sur passage en FA rapide (autre centre)

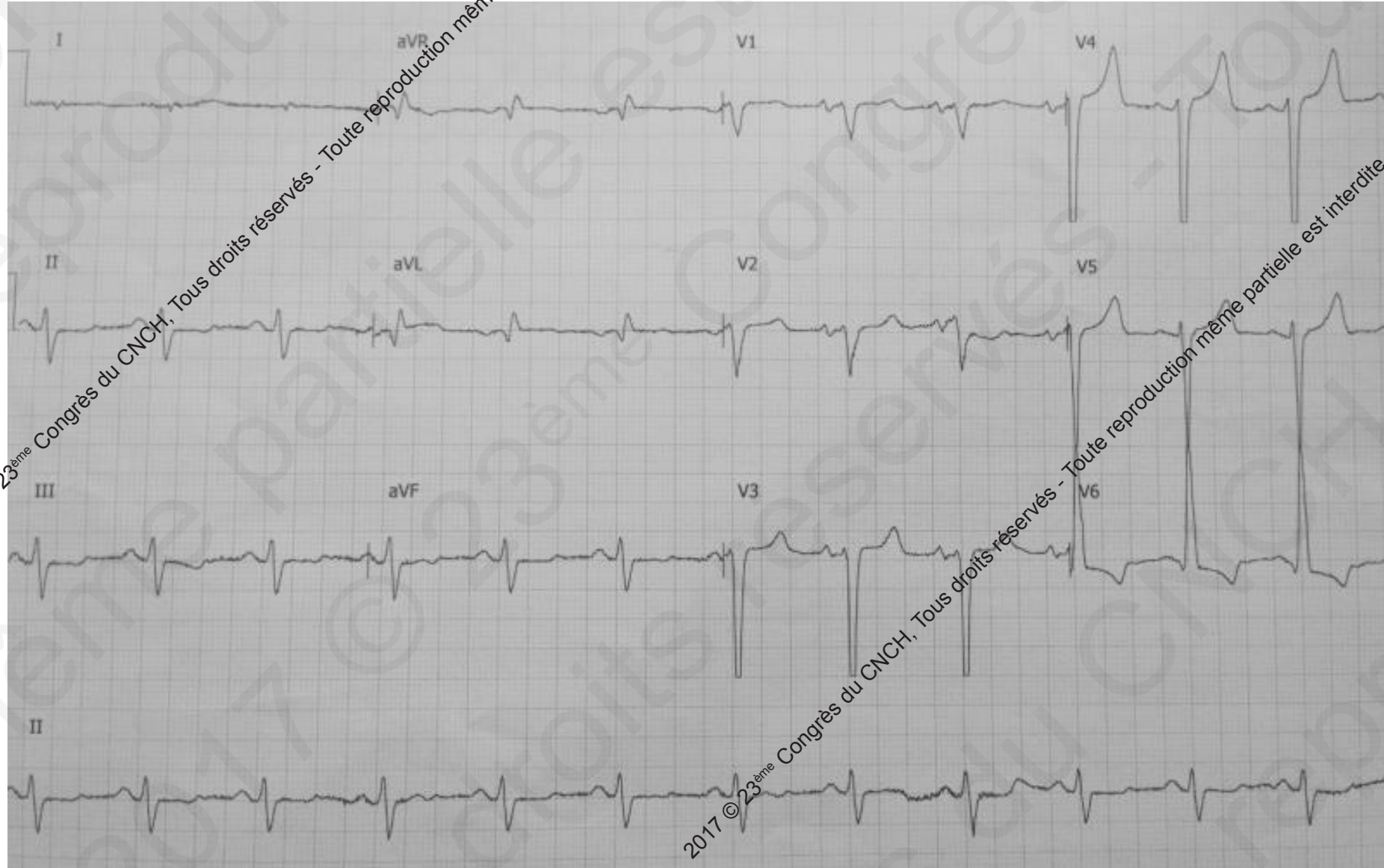
Admission au SIC

Décompensation cardiaque

- NYHA IV, crépitants > mi champs, TJ
- Sat 90%, TA 96/68
- BNP > 5000, creat 92
- Rythme sinusal



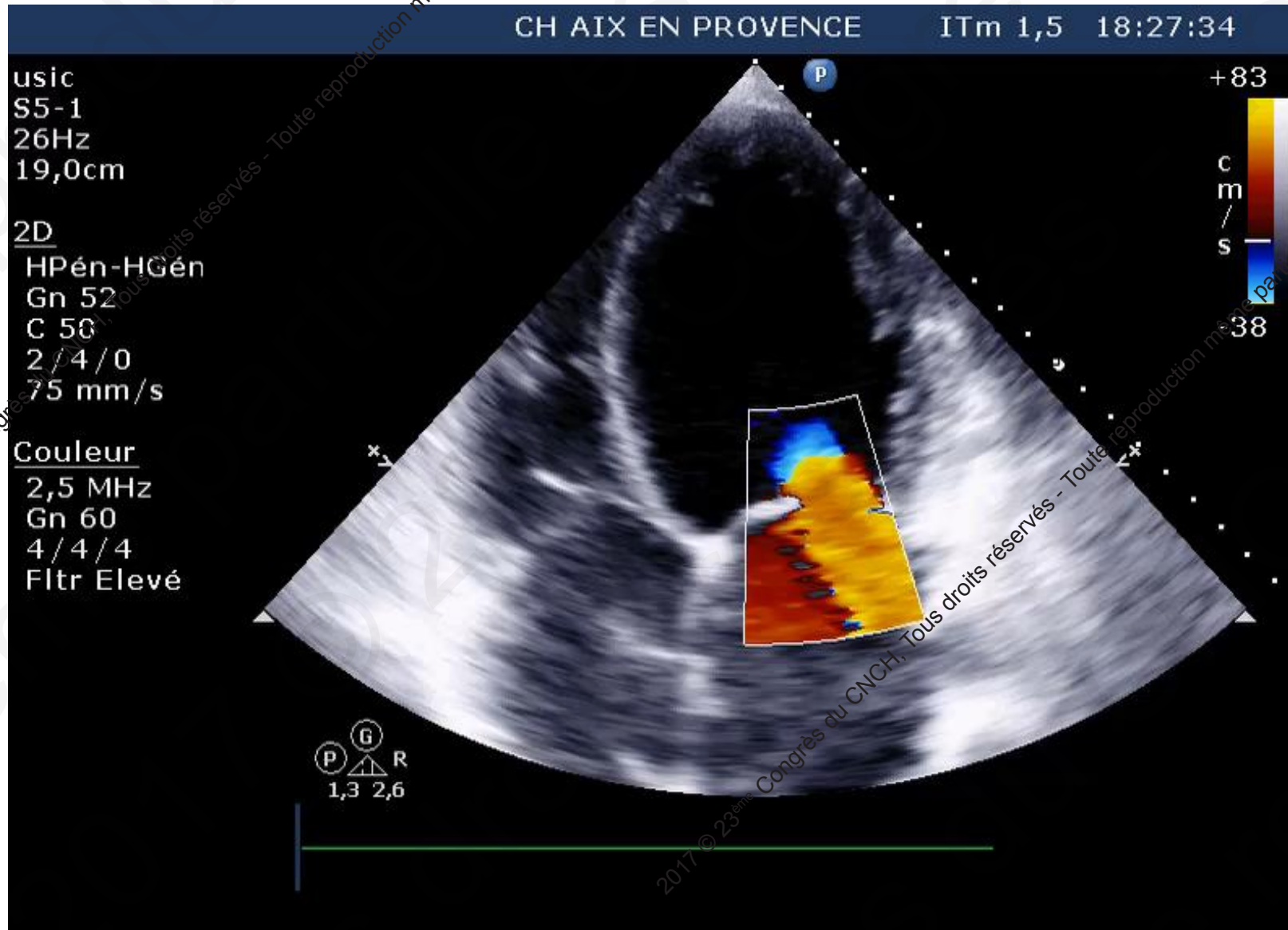
ECG A L'ADMISSION



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

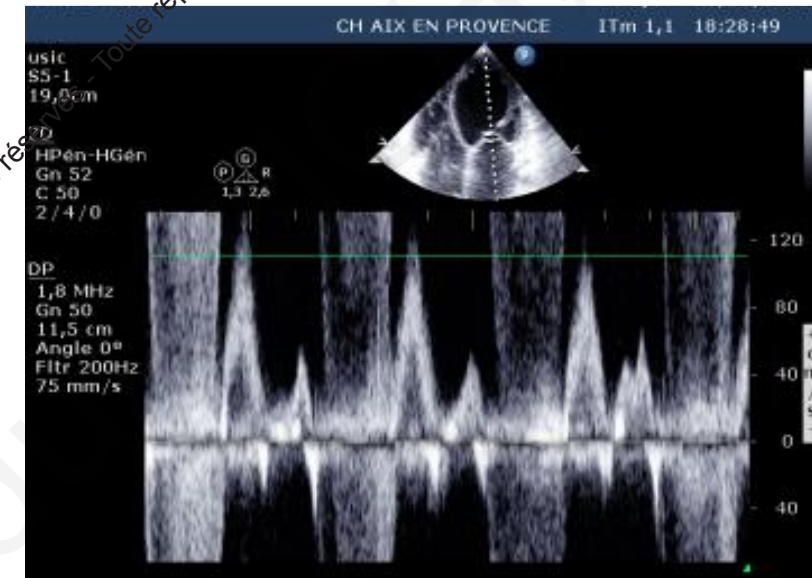
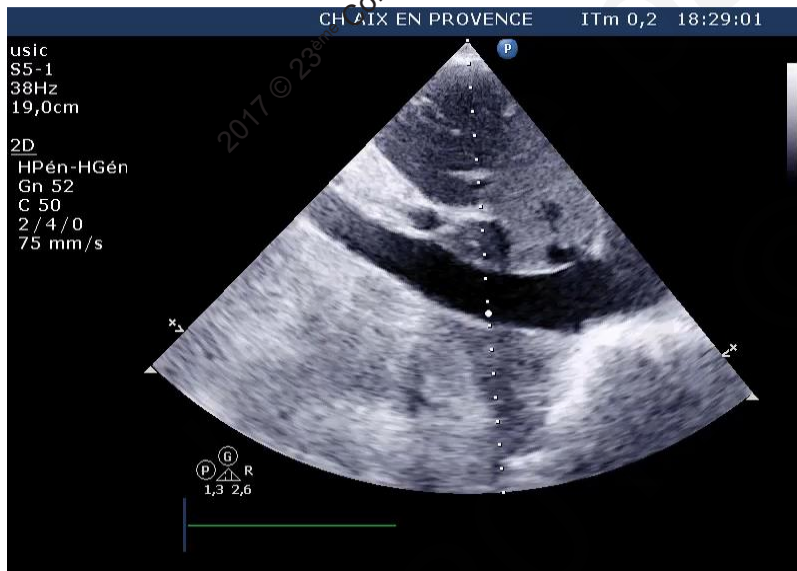
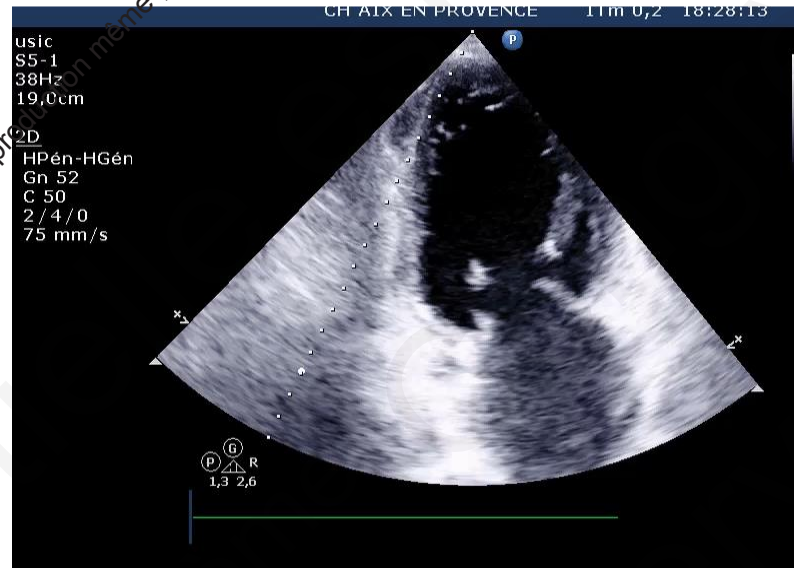
Echographie cardiaque



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Echographie cardiaque



6h après l'admission FA rapide. Dégradation hémodynamique



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Evolution

- Fa rapidement résolutive
- Réponse aux diurétiques
- Tension correcte

- **J4:** récurrence de FA rapide
 - résolution rapide < 1h
 - Introduction cardésiel 1,25
- **J5:** récurrence de FA très mal tolérée
 - Atenolol IV inefficace
 - **Choc électrique externe en urgence à vif**
- **J7:** récurrence de FA mal tolérée
 - **Choc électrique externe sous AG**
 - Réveil très difficile de l'AG

Contrôle fréquence: Bloquer le NAV

Beta-blockers^a

Bisoprolol	Not available	1.25–20 mg once daily or split.	Most common reported adverse symptoms are lethargy, headache, peripheral oedema, upper respiratory tract symptoms, gastrointestinal upset and dizziness. Adverse effects include bradycardia, atrioventricular block and hypotension.
Carvedilol	Not available	3.125–50 mg twice daily.	
Metoprolol	2.5–10 mg intravenous bolus (repeated as required).	100–200 mg total daily dose (according to preparation).	
Nebivolol	Not available	2.5–10 mg once daily or split.	
Esmolol	0.5 mg intravenous bolus over 1 min; then 0.05–0.25 mcg/kg/min.		

Bronchospasme rare
Pas carvedilol si asthme
Pas si OAP

Calcium-channel blockers

Diltiazem	15–25 mg intravenous bolus (repeated as required).	60 mg 3 times daily up to 360 mg total daily dose (120–360 mg once daily modified release).	Most common reported adverse symptoms are dizziness, malaise, lethargy, headache, hot flushes, gastrointestinal upset and oedema. Adverse effects include bradycardia, atrioventricular block and hypotension (prolonged hypotension possible with verapamil).
Verapamil	2.5–10 mg intravenous bolus (repeated as required).	40–120 mg 3 times daily (120–480 mg once daily modified release).	

Attention si +BB
pas si OAP ou FE < 40%
start with smaller dose in renal impairment. Contra-indicated in LV failure with pulmonary congestion or LVEF <40%.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

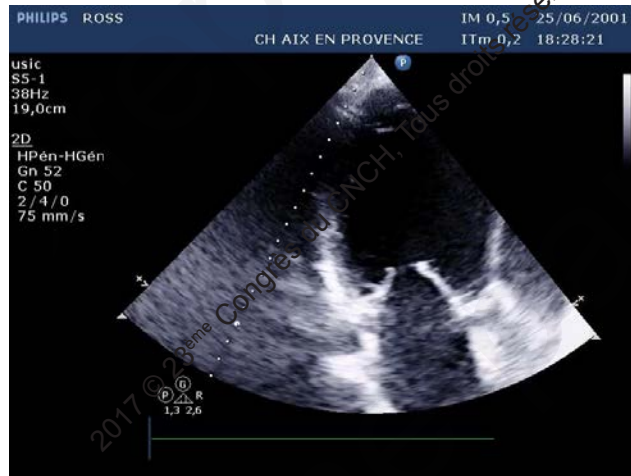
ET...

NOUVELLE RECIDIVE DE FA

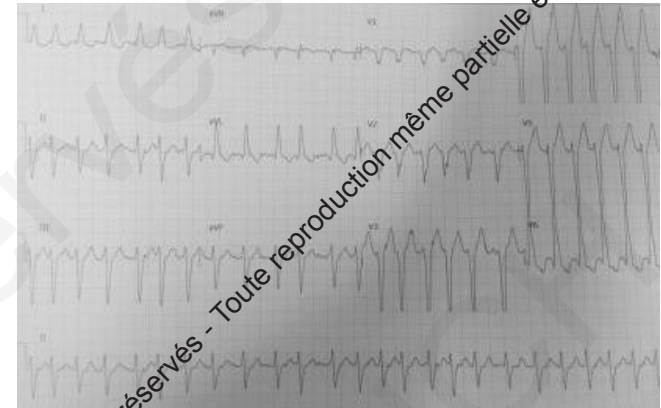
TRES MAL TOLEREE

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

CMD FE 20%



FA paroxystique récidivantes



Quelle prise en charge proposer?

Recommandations générales

FA + insuffisance cardiaque

CEE si mal toléré

Anticoagulate according to stroke risk

Diurétiques: diminuer charge

Controle Frequence <110 (Bloquer NAV)

Controle rythme: Antiarythmiques, ablation FA

Traitements specifiques insuffisance cardiaque :
Bloquer SRAA RCT...

Options thérapeutiques rythmiques pour ce patient

Traitement anti arythmique

Contre indiqués y compris cordarone (hyperthyroïdie)

Nouveau choc électrique externe

Non car FA paroxystique

Ablation de FA

Idéal mais pas en urgence

Assistance circulatoire

Récusé à la greffe

Ablation du nœud auriculoventriculaire
+ Stimulateur

Déjà porteur d'un stimulateur (DAI)

Ablation du nœud AV

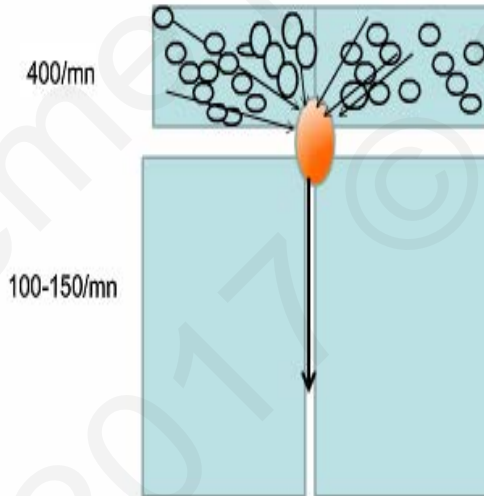


2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

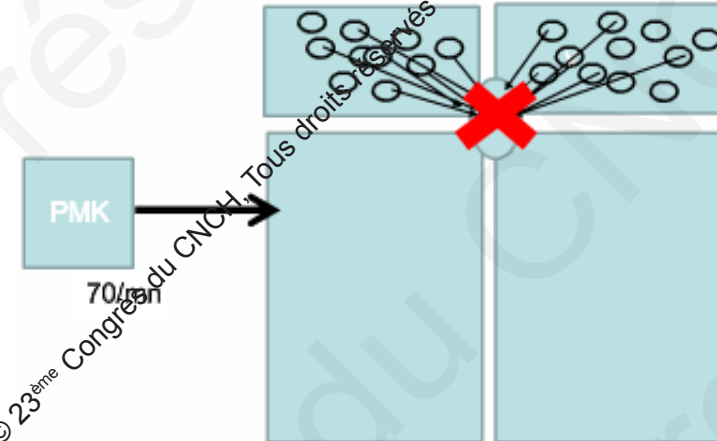
Atrioventricular node ablation

Ablation par radiofréquence du NAV + PMK
si échec ou intolérance aux stratégies
contrôle rythme
=> Stimulodépendance

Fibrillation Atriale



Ablation et pacemaker



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

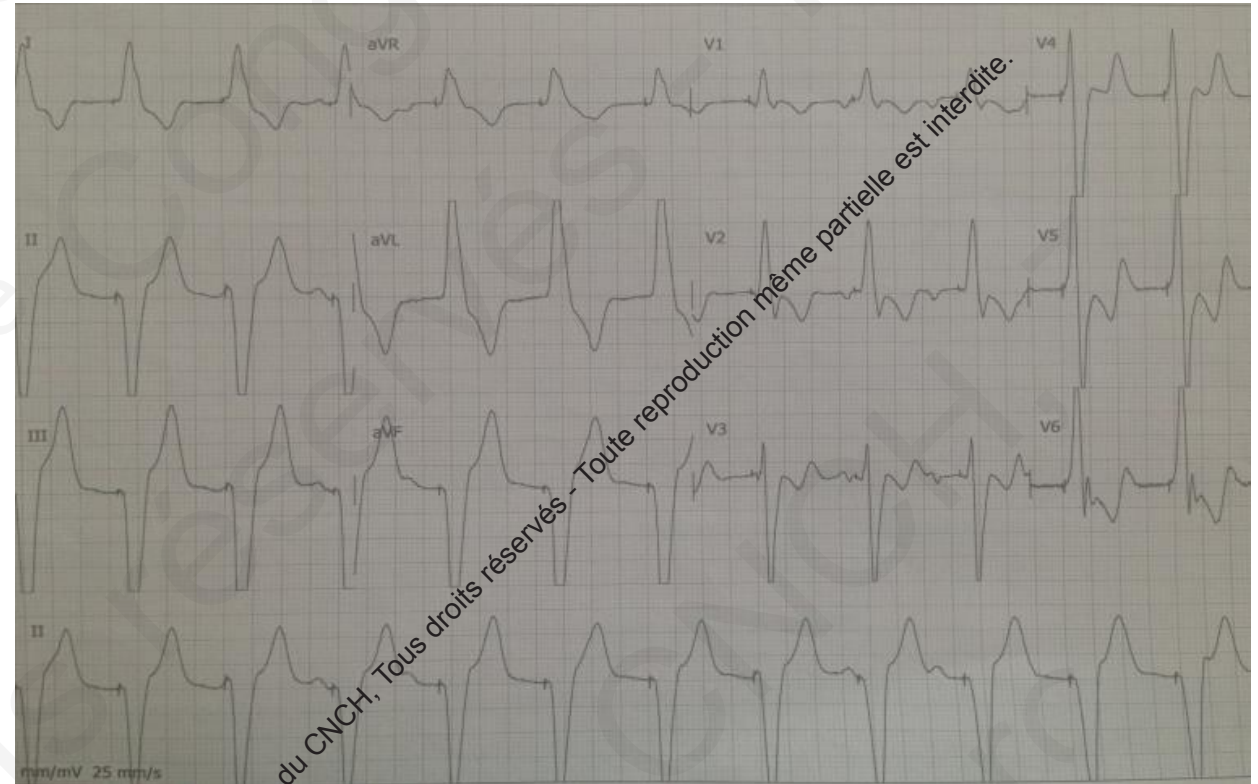
Au décours de l'ablation

Sur le plan rythmique:

- Retour en rythme sinusal

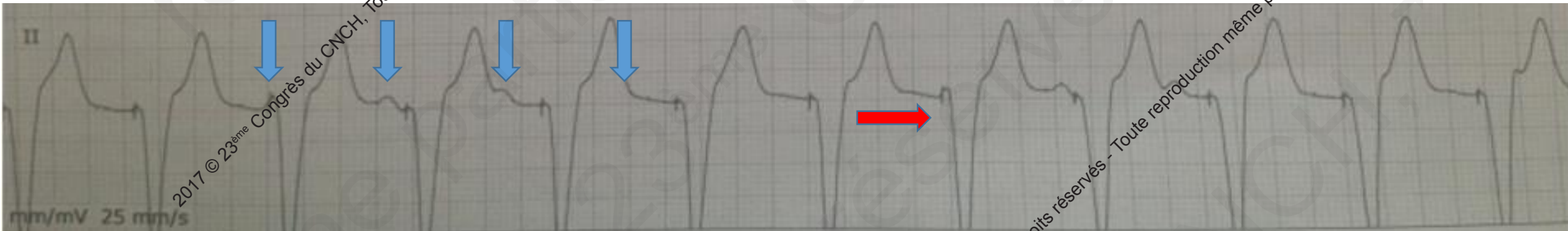
Sur le plan hémodynamique:

- Dégradation hémodynamique



Désynchronisation complète

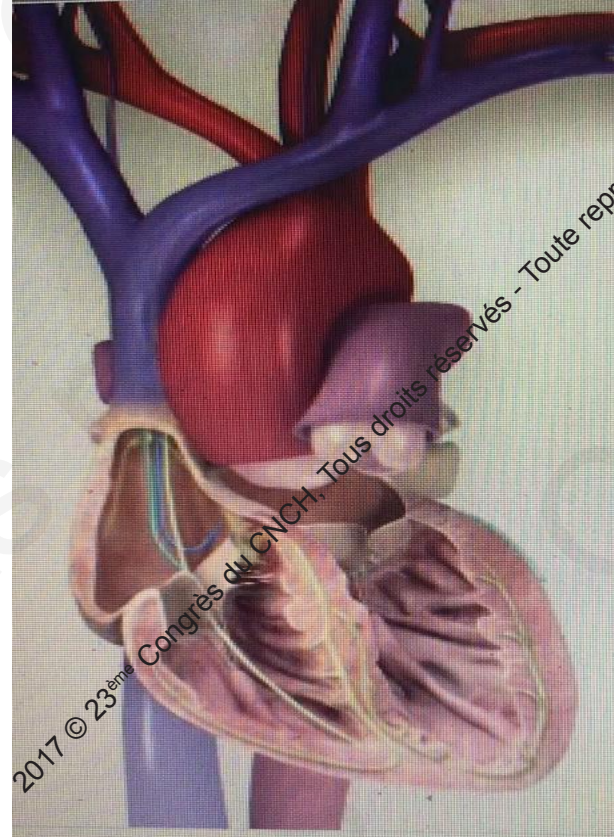
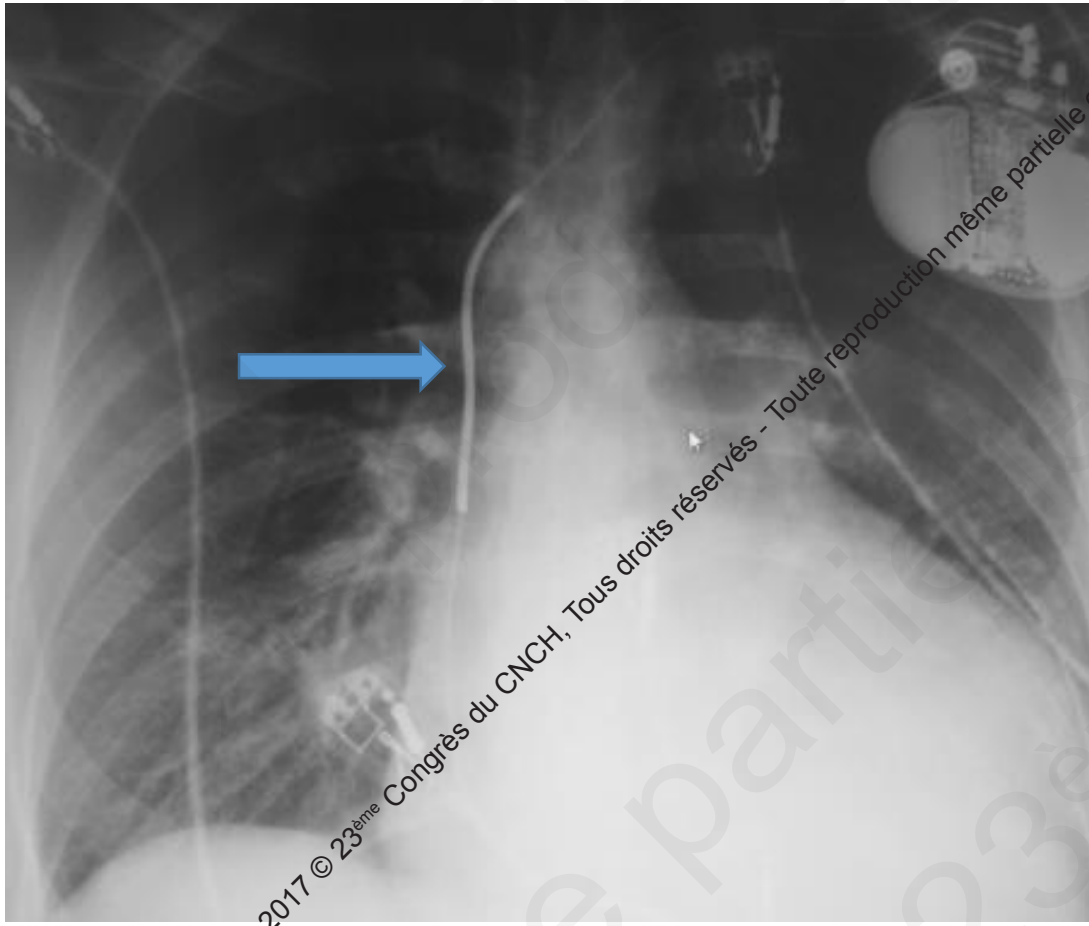
Atrio-ventriculaire



Inter-ventriculaire

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



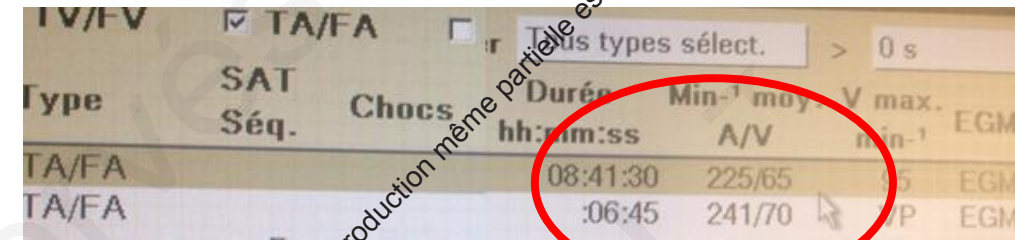
Evolution après resynchronisation à J9

Amélioration hémodynamique. NYHA 4 =>2

Récidives de FA sans décompensation

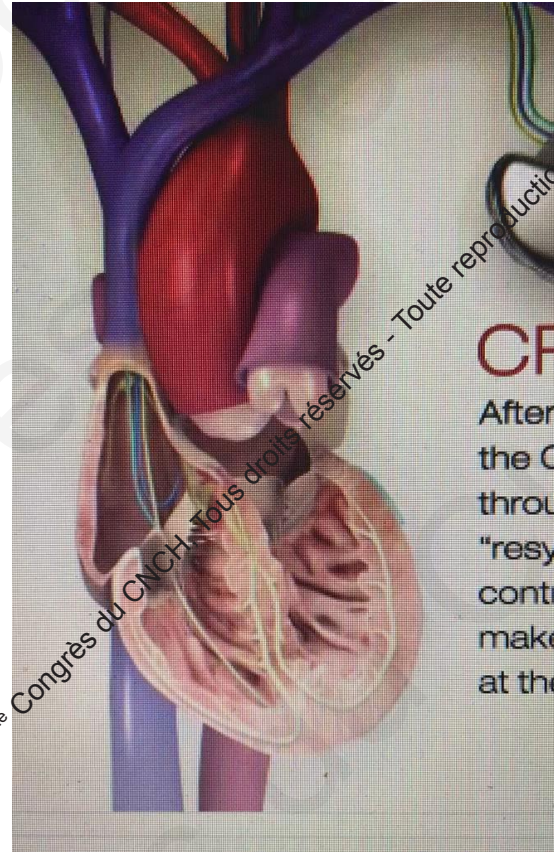
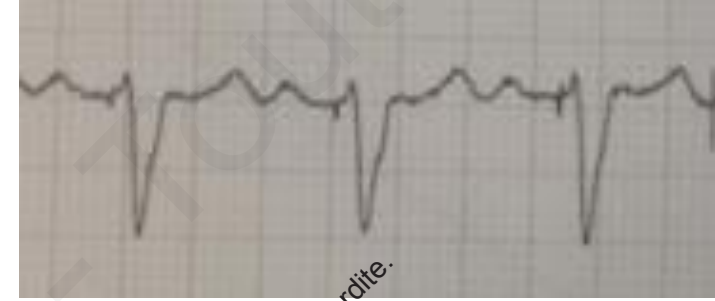
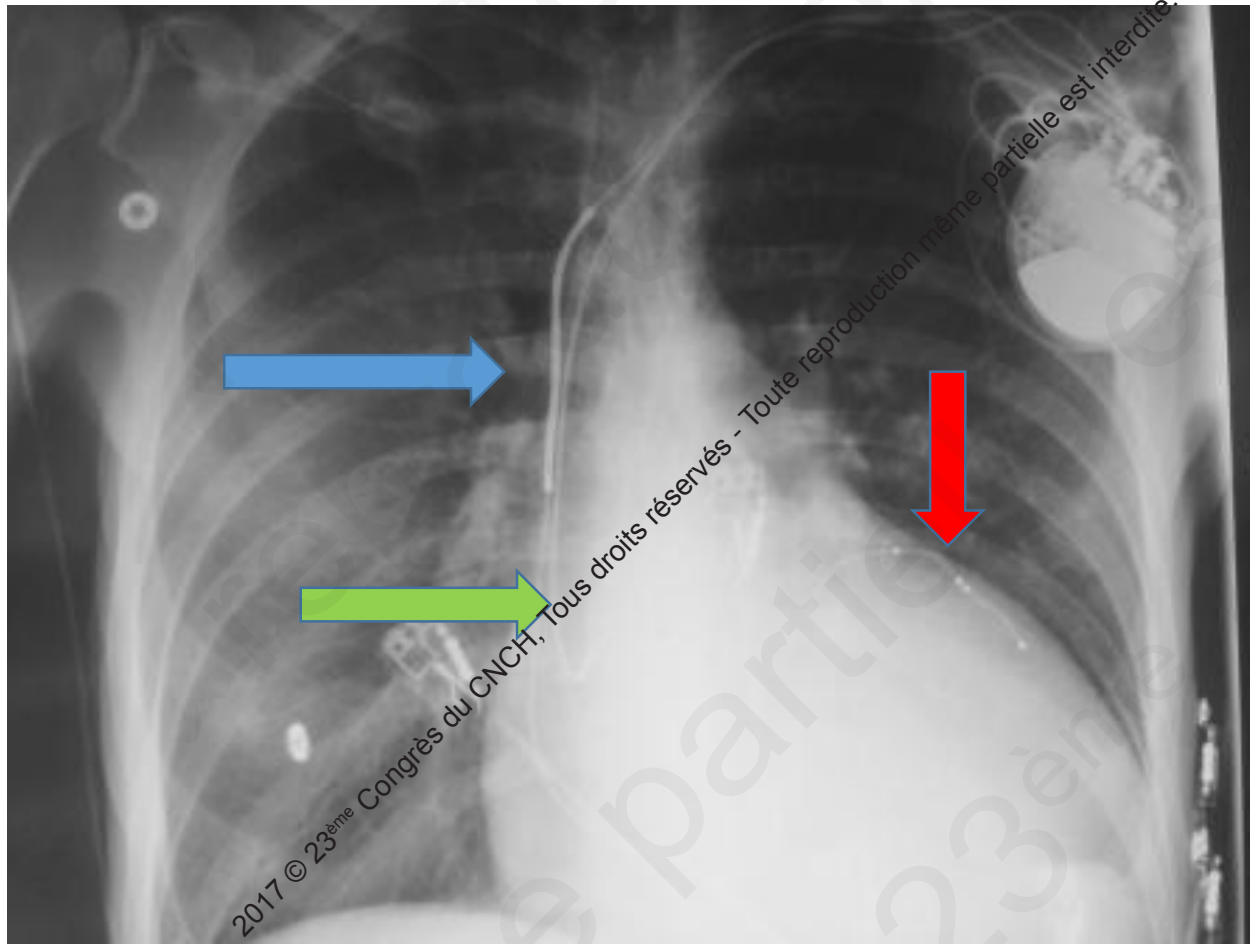
Sortie des soins intensifs

Admission en convalescence à J23



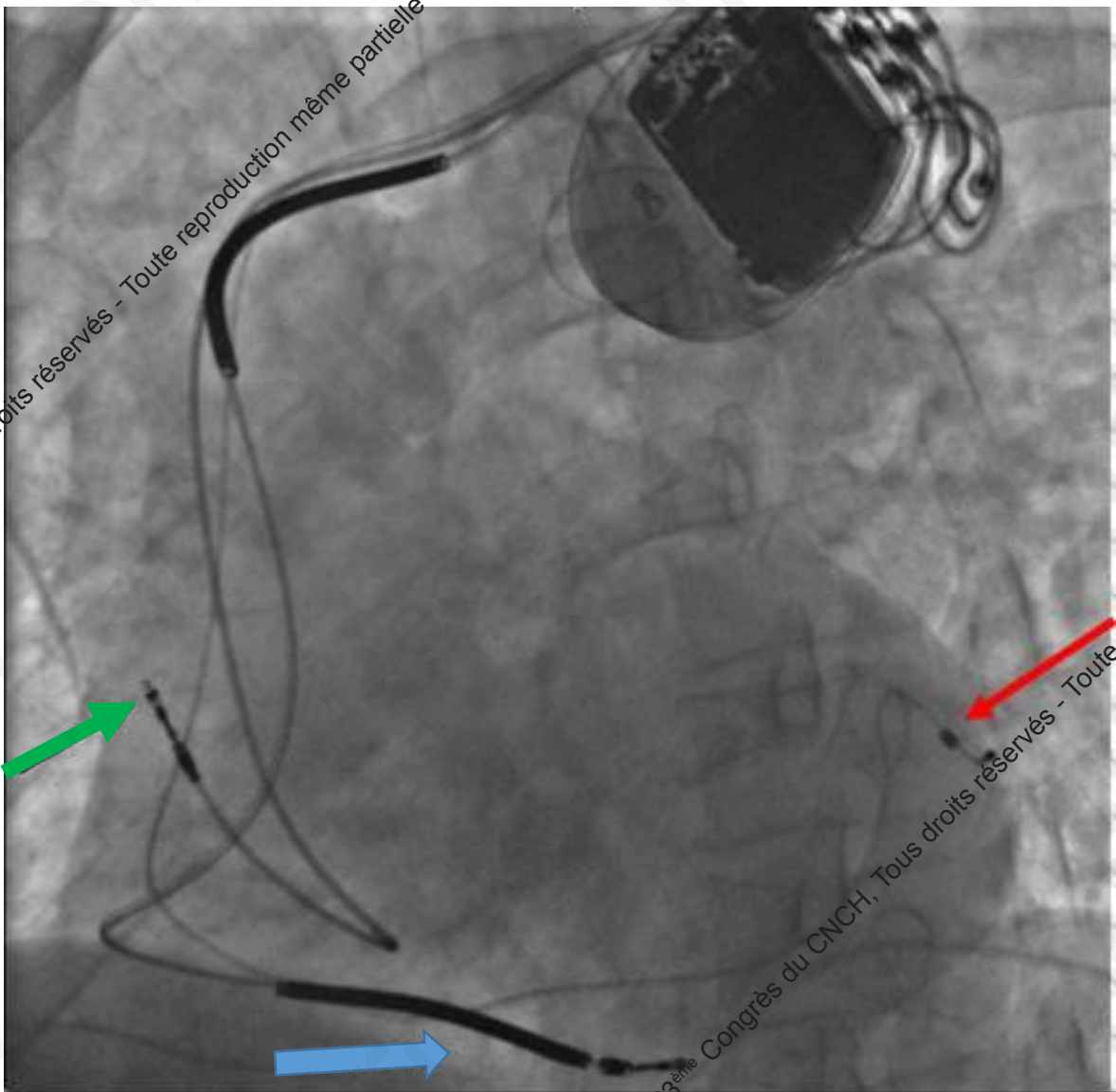
Type	SAT Séq.	Chocs	Durée hh:mm:ss	Min ⁻¹ moy. A/V	V max. min ⁻¹	EGM
TA/FA			08:41:30	225/65		EGM
TA/FA			:06:45	241/70		EGM





Ajout sondes AD et sinus coronaire

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Suivi ultérieur

Patient vivant à 24 mois

Sevrage de l'exogénose

FA paroxystique sur les mémoires du DAI

Réévaluation projet de transplantation

Conclusion

La FA même paroxystique peut être grave en décompensant sévèrement une insuffisance cardiaque (diastole courte et perte systole atriale)

Se battre pour contrôle rythme et sinon

Fréquence

Synchronisation