

Pacemaker et ablation du nœud AV pour la FA

Pourquoi traiter la FA ?

Il existe deux raisons principales de traiter la fibrillation auriculaire. La première priorité est de minimiser tout risque lié à la FA causé par les caillots sanguins, et cela est discuté dans d'autres fiches d'informations sur l'anticoagulation (voir Fiches d'information de l'AFA sur l'aspirine et la warfarine). La deuxième raison est de soulager les symptômes causés par un rythme cardiaque irrégulier et à certains moments trop rapide ou trop lent. En principe, la meilleure manière est d'éviter les causes particulières ou les stimuli de fibrillation auriculaire, et la deuxième meilleure manière est de restaurer un rythme normal par une cardioversion électrique, un traitement médicamenteux ou une ablation spécifique des parties du cœur responsables de la FA, habituellement l'oreillette gauche et les veines pulmonaires. Le problème de ces traitements est qu'ils ne fonctionnent pas toujours, en particulier à long terme.

L'autre approche est de laisser l'oreillette subir des fibrillations et de contrôler la manière dont cela affecte la fréquence cardiaque globale (le pouls) qui provient des ventricules. Le lien entre l'oreillette et le ventricule se fait par l'intermédiaire d'une connexion de type disjoncteur, appelée « nœud auriculo-ventriculaire » ou « nœud AV », et celui-ci peut être ralenti par des médicaments comme la digoxine ou les bêta-bloquants (voir Fiches d'informations de l'AFA à ce sujet). Le problème avec cela est que la fréquence cardiaque reste irrégulière et peut s'avérer encore trop rapide, en particulier en conditions d'effort ou de stress. Contrôler les fréquences rapides provoque souvent une aggravation des rythmes lents résultant alors en des battements soutenus inconfortables, en particulier la nuit, et parfois en des épisodes d'évanouissement.

La troisième manière : un pacemaker

Il est possible d'induire artificiellement les battements cardiaques par une petite impulsion électrique provenant de dispositifs électroniques qui sont implantés sous la peau et connectés au cœur par des fils flexibles. Ces pacemakers sont

habituellement implantés chez les personnes dont le cœur bat trop lentement. Ils peuvent toutefois être utilisés dans la fibrillation auriculaire pour fournir un rythme de fond régulier et cela peut s'avérer très utile pour prévenir une FA chez des personnes dont le rythme cardiaque est naturellement lent, et pour régulariser le rythme de patients qui sont en fibrillation auriculaire où les battements rapides ont été contrôlés par des médicaments. Toutefois, le bénéfice particulier réside dans le fait qu'une fois que le pacemaker a été implanté, le nœud auriculo-ventriculaire peut être neutralisé de manière permanente (détruit) à l'aide d'une technique nommée ablation, laissant le pacemaker prendre complètement le relais sur le rythme cardiaque pour produire un rythme régulier confortable au niveau correct.

Quel est l'inconvénient ?

Il n'est pas possible d'inverser l'ablation du nœud AV et, par conséquent, les patients qui ont subi cette procédure sont généralement dépendants du pacemaker pour le restant de leur vie. Toutefois, cette nécessité ne doit pas représenter un problème majeur puisque les pacemakers sont extrêmement fiables et sont soigneusement testés et surveillés. Les pacemakers doivent être contrôlés au moins une fois par an et les batteries ne durent pas pour toujours, mais typiquement environ huit ans avant que le pacemaker doive être remplacé. Comme toutes les interventions chirurgicales, la pose d'un pacemaker peut entraîner des complications, la plus sérieuse étant l'infection qui peut alors nécessiter un remplacement complet à la fois du pacemaker et des fils. Globalement, le risque de complications est très faible, d'environ 5 %, et ces dernières sont rarement fatales.

Les battements cardiaques produits par un pacemaker ne sont pas aussi efficaces que les battements cardiaques naturels mais, en pratique, cela ne se remarque que chez les patients avec des cœurs très faibles. Des pacemakers plus complexes (biventriculaires) peuvent être utilisés et s'avérer encore plus efficaces que les battements cardiaques naturels. Un pacemaker fera battre le cœur plus rapidement à l'effort, et

plus lentement au repos, de la même manière que le pacemaker naturel, mais chacun est différent et les pacemakers doivent être ajustés avec précaution afin de correspondre aux besoins individuels ; plusieurs tentatives peuvent être nécessaires pour obtenir un ajustement correct.

Presque 100 % de succès garanti !

L'avantage réel de ce traitement (pacemaker et ablation du nœud AV) est que, contrairement à un autre type de traitement, il fonctionne habituellement. Lorsque le pacemaker est ajusté correctement, la plupart des personnes se retrouvent comme avant, sans conscience de leur rythme cardiaque, capables d'apprécier un niveau d'effort normal et une bonne nuit de sommeil, sans avoir à s'inquiéter des effets secondaires des médicaments (excepté de la warfarine).

La procédure d'ablation du nœud AV est relativement simple avec presque aucune complication et un taux de succès à long terme de plus de 90 %. Dans les cas inhabituels où elle ne fonctionne pas, une deuxième procédure, utilisant éventuellement une approche différente, sera en général réussie. Nous avons entrepris cette procédure utilisant la même méthode depuis 1990, et nous savons donc qu'il n'y a pas de problèmes à long terme ni de complications tardives (ce qui n'est pas le cas pour le traitement plus récent d'ablation des veines pulmonaires).

La place du traitement par pacemaker et ablation du nœud AV

Savoir que ce traitement est disponible, et fonctionnera là où d'autres traitements ont échoué, est très rassurant pour les personnes souffrant de fibrillation auriculaire.

Après des modifications du mode de vie, en particulier éviter l'alcool, un simple traitement médicamenteux peut d'abord être essayé, surtout s'il permet le maintien d'un rythme cardiaque normal sans effets secondaires significatifs. La fibrillation auriculaire étant souvent une maladie progressive, un traitement médicamenteux, bien qu'initialement efficace, peut devenir inefficace après quelques années. Pour la même raison, les résultats à long terme de l'ablation de l'oreillette gauche/des veines pulmonaires ne sont pas connus à ce jour. Il est probable, en particulier avec le développement rapide des techniques,

que le taux d'échec et de complications diminuera au cours des prochaines années. De nouveaux médicaments sont également en cours de développement qui pourraient avoir un impact important sur le traitement de la FA, avec une meilleure efficacité et moins d'effets secondaires que ceux disponibles jusqu'à maintenant.

À côté du taux de succès dans la restauration d'un rythme régulier, il existe deux points importants à prendre en considération au sujet du traitement par ablation :

1. Anticoagulation :

Le pacemaker et l'ablation du nœud AV n'empêchent pas la survenue de fibrillation dans l'oreillette et puisque c'est ce qui entraîne un risque de caillots sanguins, la nécessité d'un traitement anticoagulant n'est donc pas affectée à long terme, c'est-à-dire qu'il est requis dans la plupart des cas.

2. Conséquences de l'ablation :

Toutes les procédures d'ablation impliquent une destruction permanente de tissus cardiaques afin d'interrompre la conduction électrique en son sein. Après une ablation du nœud AV, un pacemaker permanent est requis pour maintenir une fréquence cardiaque normale (bien que dans de nombreux cas, le cœur battra, toutefois trop lentement, même sans pacemaker).

Conclusion

L'ablation du nœud auriculo-ventriculaire nécessite un pacemaker permanent à vie et ne diminue pas la nécessité d'une anticoagulation à long terme. Par conséquent, il est principalement utilisé dans les cas où d'autres méthodes ont échoué. Cependant, ce traitement est sûr et efficace pour le soulagement des symptômes causés par un rythme cardiaque irrégulier ou inapproprié chez des personnes souffrant de fibrillation auriculaire. Il possède également une efficacité à long terme prouvée par une expérience extensive à travers le monde durant plus de 10 ans.

Auteur : Dr Jonathan C. Pitts Crick

Soutenu par : Professeur A. John Camm, EP

Mme Jayne Mudd, Infirmière spécialisée Arythmie

Fondatrice et Directrice générale : Trudie Lobban MBE
Administrateurs : Professeur A. John Camm, Mme Jayne Mudd, Professeur Richard Schilling

© AF-A Publié février 2009, Date de révision prévue juin 2014
Organisme sans but lucratif N° 1122442