

- Lésions des vaisseaux par lesquels les sondes sont introduites, pouvant nécessiter un traitement chirurgical.
- Atteinte d'une artère coronaire ou d'une valve cardiaque.
- Création d'une communication entre oreillette et œsophage (< 1 %).
- Sténose d'une veine pulmonaire à distance de l'intervention (<1 %).
- Risque de décès (0,05 %).

Toutes les précautions sont prises avant, pendant et après l'intervention pour limiter au maximum la survenue de ces risques.

SOINS DE SUIVI

- Vous aurez une surveillance du rythme cardiaque jusqu'à votre sortie du milieu hospitalier.
- Une échographie cardiaque de contrôle sera parfois pratiquée avant la sortie.
- Le rythme pourra être irrégulier au cours des premiers mois, ce qui ne signifie pas que l'intervention a échoué – on ne parle de succès/échec complet/partiel qu'après huit semaines.
- Le traitement anti-arythmique sera peut-être poursuivi. Il faudra continuer le traitement anticoagulant pendant une période adaptée à votre cas (minimum deux mois – parfois préconisation d'un traitement à long terme).

Les reprises d'activité professionnelle ou de la vie quotidienne vous seront expliquées de façon adaptée à votre situation personnelle par le médecin et son équipe durant l'hospitalisation.

ALTERNATIVES

Poursuite des traitements antiarythmiques à long terme sans négliger le risque de leur inefficacité progressive et de leurs effets secondaires. Maintien/consécration de l'arythmie à vie, impliquant la nécessité de maintien du traitement anticoagulant au long cours mais également possiblement la persistance de symptômes cardiaques (palpitations, essoufflement, fatigue,...).

RÉPERCUSSIONS FINANCIÈRES

Contactez le Service Financier Patient

060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)

Service.financier.patients@ghdc.be

Site Les Viviers

Rue du campus des Viviers, 1

6060 Gilly

Des permanences sont organisées sur le site Reine Fabiola les lundis et mardis de 08h30 à 12h00 et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h00.

CONSÉQUENCES EN CAS DE REFUS OU DE RETRAIT DU CONSENTEMENT

La fibrillation auriculaire est une pathologie évolutive, l'évolution de la maladie diminue le taux de succès des différentes approches, en ce y compris l'ablation et malheureusement, outre la complexité d'une approche invasive tardive, le risque de complication se majore avec le temps.

ABLATION DE FIBRILLATION ATRIALE



Isolation électrique des veines pulmonaires

COM_617 (09/07/24)
CARDIO-CE-009

POUR LA SANTÉ POSITIVE



GHDC.be



OBJECTIF

Vous souffrez d'un trouble du rythme cardiaque appelé fibrillation atriale (FA). La FA est provoquée par des extrasystoles des oreillettes, qui sont responsables de battements cardiaques souvent plus rapides et irréguliers. Cela peut générer des symptômes gênants et/ou des complications dont les plus dangereuses sont l'accident vasculaire (dont cérébral = AVC) et l'insuffisance cardiaque. Des médicaments sont souvent proposés dans un premier temps mais ils ne sont pas toujours assez efficaces et peuvent être mal tolérés à long terme. Chez de nombreux patients la maladie est progressive et l'option médicamenteuse n'est parfois plus suffisante. L'ablation peut dès lors constituer une alternative efficace.

La neutralisation des extrasystoles atriales (isolation des veines pulmonaires) parfois couplée à une intervention complémentaire au sein des oreillettes diminue le risque de récurrence. Dans un nombre minoritaire de cas, il est possible qu'une seconde procédure soit nécessaire pour obtenir le résultat souhaité, à savoir :

- Diminuer ou faire disparaître les symptômes.
- Diminuer voire supprimer les médicaments antiarythmiques. L'arrêt ou le maintien du traitement anticoagulant après la procédure est discuté au cas par cas.

NATURE

Quelles sont les techniques utilisées ?

L'ablation de la FA signifie que des cicatrices vont être volontairement réalisées (« points de brûlure ») dans l'oreillette gauche sur des zones cibles préalablement repérées comme étant déterminantes dans le déclenchement de votre FA, principalement autour des veines pulmonaires mais aussi parfois au niveau d'autres zones des oreillettes droite et gauche. L'ablation de ces zones est réalisée par la délivrance d'énergie par un cathéter (câble électrique isolé, qui délivre à son extrémité l'énergie nécessaire à la procédure) ou par d'autres systèmes (ballon ou cathéter circulaire avec plusieurs électrodes) introduit à l'intérieur de l'oreillette gauche par ponction d'une veine au niveau de l'aîne puis par passage de la cloison entre les 2 oreillettes. Ce cathéter est

dirigé par le médecin, sous contrôle radiologique par guidage informatique. Deux énergies peuvent théoriquement être utilisées pour l'ablation de ces zones : les courants de radiofréquence (générant une température élevée) ou la cryothérapie (qui utilise les effets du froid). Outre le cathéter destiné à neutraliser les zones malades, d'autres cathéters sont généralement utilisés afin de localiser très précisément la région cible et valider le résultat. Dans certains cas, un choc électrique peut être réalisé durant la procédure.

Qu'est-ce qui se passe avant l'intervention ?

- Un scanner doit être réalisé pour analyser précisément l'anatomie de votre cœur.
- Une échographie cardiaque transoesophagienne est réalisée pour s'assurer de l'absence de caillot dans le cœur. Celle-ci est effectuée avant ou en début de procédure.
- Une consultation d'anesthésie est programmée, l'intervention étant habituellement réalisée sous anesthésie générale.
- Le traitement médicamenteux sera adapté avant l'admission, notamment le traitement anticoagulant.

Comment se passe le jour de l'intervention ?

- Admission le jour même au matin.
- A jeun, allongé sur une table de radiologie, située dans une salle de cathétérisme cardiaque, mise en place des électrodes de surveillance et, sauf exception, induction d'une anesthésie générale avec intubation.
- Au réveil, une gêne au niveau de la gorge et la perception d'une compression au niveau des plis de l'aîne (compression des points d'accès veineux pour éviter le développement d'hématome) sont habituels. Plus rarement des nausées peuvent survenir et seront traitées.
- Afin d'éviter un saignement local après la procédure, en plus de la compression au niveau des points de ponction, il faut veiller à rester allongé en évitant de plier les jambes pendant un minimum de six heures.
- Le délai avant la reprise de l'hydratation et de l'alimentation est précisé par l'anesthésiste.

DEGRÉ D'URGENCE

Intervention réalisée de manière élective, sauf circonstances exceptionnelles

FRÉQUENCE

En cas de récurrence, après trois à six mois, il est parfois nécessaire de faire une nouvelle procédure d'ablation.

DURÉE

La durée de l'hospitalisation est inférieure à deux jours en moyenne (une nuit d'hospitalisation); La procédure elle-même dure entre deux et quatre heures sous anesthésie générale.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications absolues sont peu fréquentes. Votre cardiologue vous fera part en consultation du taux de succès et des complications de cette procédure.

RISQUES PERTINENTS

Parmi les complications recensées par les enquêtes réalisées auprès de nombreux centres français, européens et nord-américains, la plupart sont bénignes. Certaines, plus rares heureusement, peuvent être sévères :

- Épanchement péricardique (saignement dans l'enveloppe qui entoure le cœur) qui doivent parfois être évacués en urgence (tamponnade) par voie percutanée ou chirurgicale (1 %) ; épanchements thoraciques (pneumothorax, hémithorax).
- Accidents thromboemboliques par formation de caillots sanguins qui peuvent migrer dans la circulation et entraîner notamment un accident vasculaire cérébral (1 %).
- Hématome ou thrombose (caillot) aux points de ponction.
- Douleurs thoraciques transitoires.
- Paralysie du diaphragme (transitoire dans la majorité des cas, essentiellement si approche « par le froid »).
- Troubles du rythme cardiaque pouvant nécessiter un choc électrique.