

Comment faire une ablation en pratique ?

Dr Jerome Taieb CH aix en Provence

Principes

- Détruire un trigger ou un substrat arythmogène
- Guider le cathéter d'ablation jusqu'à la cible
 - Navigation: cathétérisme manuelle ou assistée
 - Localisation: scopie, cartographie

Ablation

Non complexe: OD

- Jonction auriculoventriculaire
- Flutter auriculaire
- Tachycardie jonctionnelle
 - TRIN
 - Kent

Complexe: OG et V

- FA
- Tachycardies atriales
- flutters atypiques
- ESV
- TV

En pratique

- Logistique
- Check list patient
- Procédure

En pratique

- Logistique
- Check list patient
- Procédure

Logistique

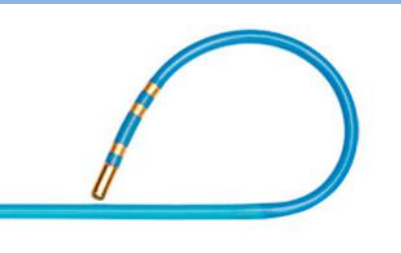
1. Sécurité:
 1. Kit stimulation
 2. défibrillateur
 3. respirateur/ ambu/O2
 4. kit pericarde
2. Programme baie électrophysiologie
 1. Canaux EGM
 2. filtres
 3. +/- cartographie +/- scanner
3. Cathéters +/- gaines



Choix cathéters

Radiofréquence

- Non irriguée
- Irriguée (pompe)
- Courbure, Formes



Cryocatheter

- KT: Voie lente
- Ballon: 23/ 28 mm



En pratique

- Préparation logistique
- Check list patient
- Procédure

Check-list patient

1. Information consentement
2. Indication: arythmie documentée ?
3. gestion des risques HAS
 - hémorragique: Gestion anticoagulants antiagrégants
 - allergique
 - infectieux
 - Néphrologique
 - Grossesse

En pratique

- Logistique
- Check list patient
- Procédure

Pratiques nationales d'ablation

- Flutter
- TRIN
- Kent latéral gauche

Enquête Electra 2012

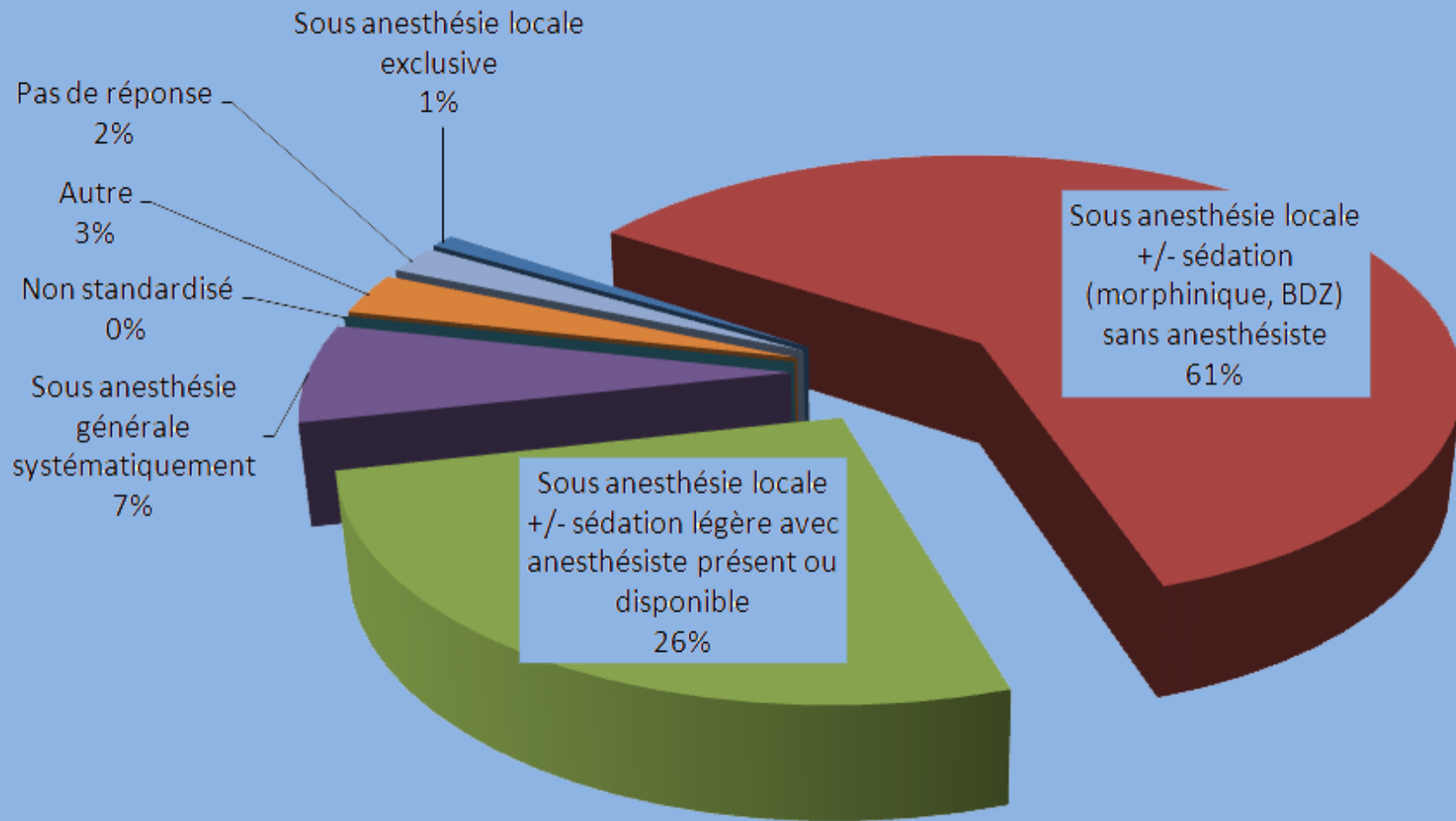
Pratiques nationales d'ablation

– Flutter

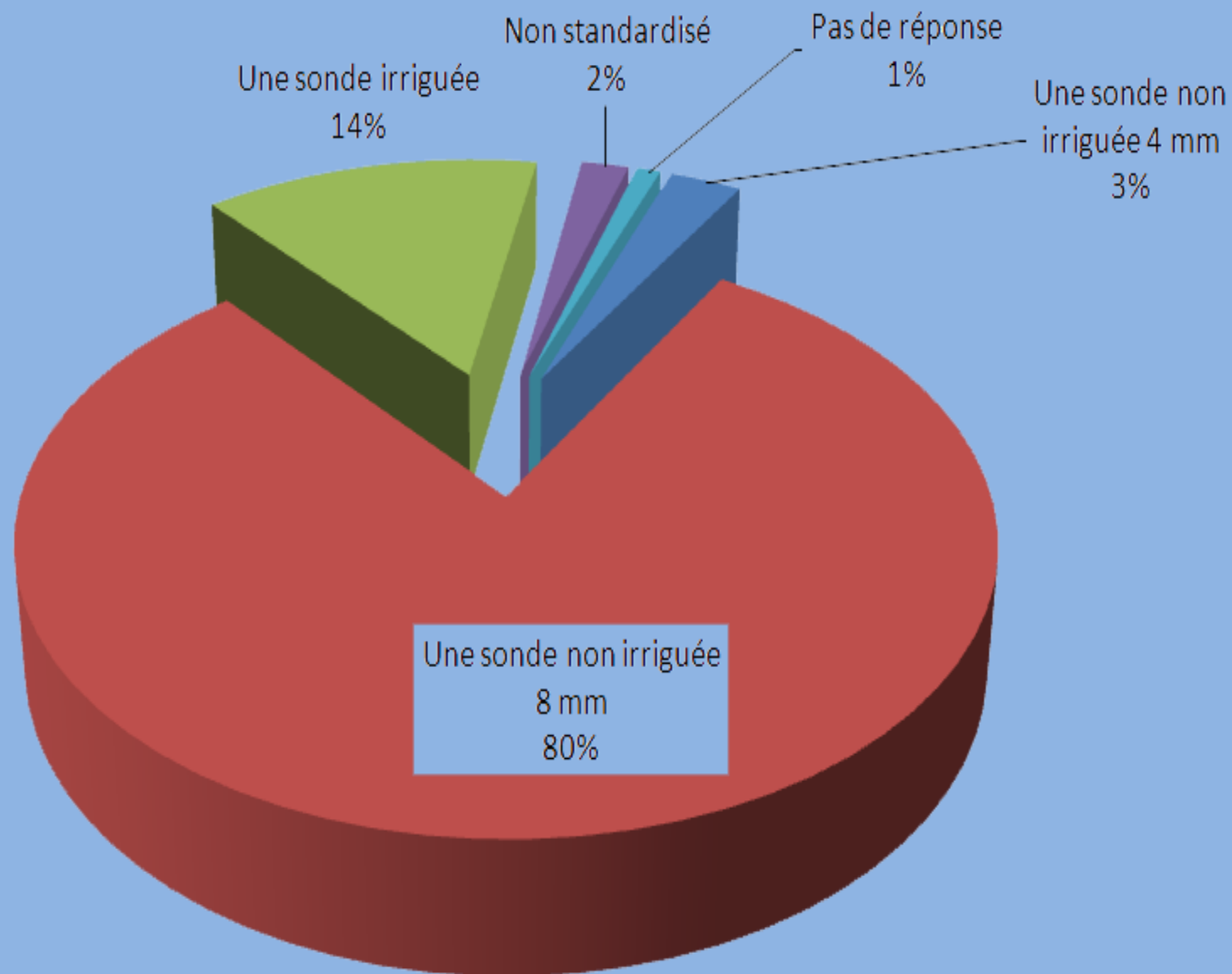
- Sédation
- Block ICT
- Sonde
- Anticoagulation

– TRIN

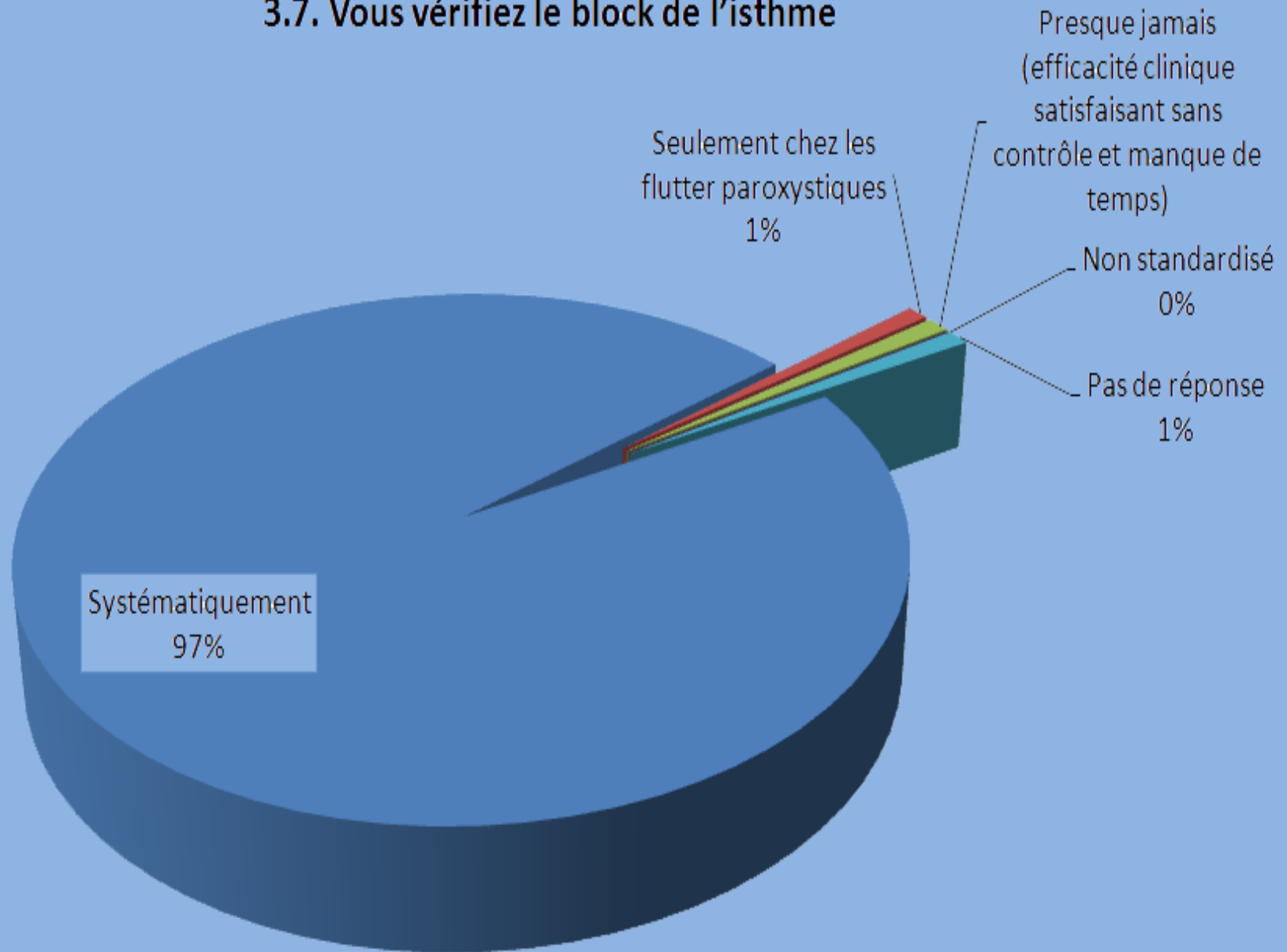
– Kent lateral gauche



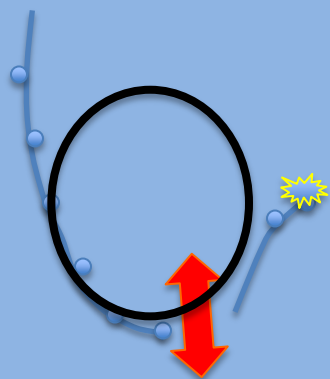
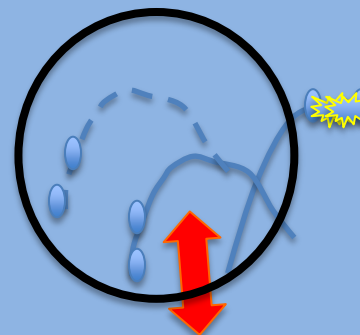
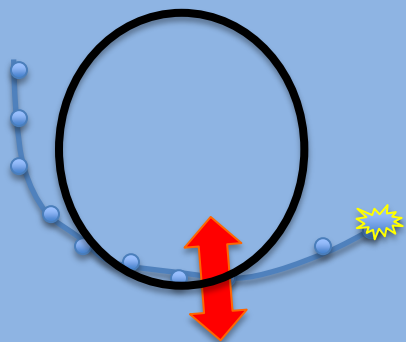
3.3. Vous utilisez en première intention pour une première procédure



3.7. Vous vérifiez le block de l'isthme



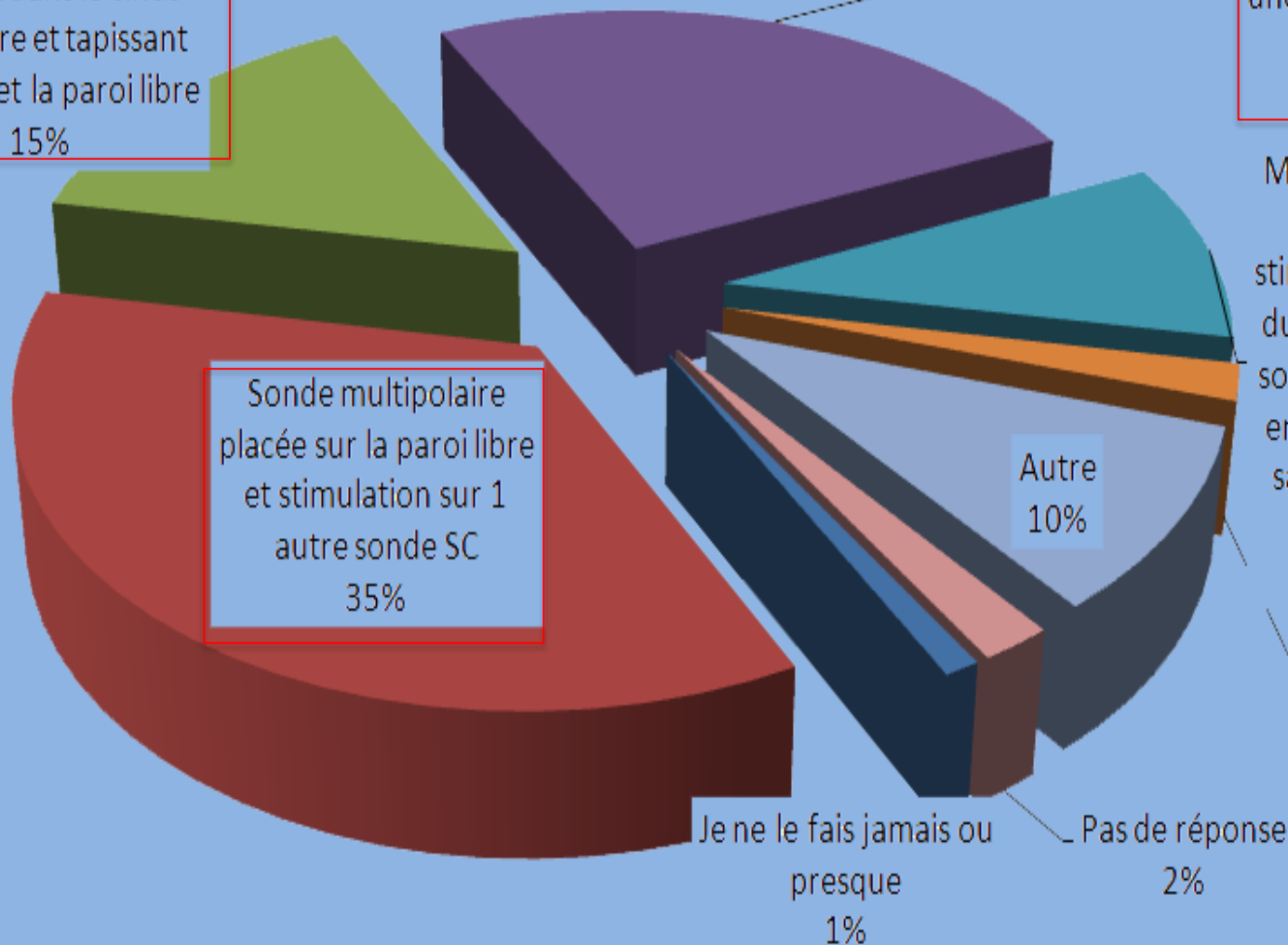
Contrôle du bloc isthmique : SC vers OD latérale



3.8. Technique de contrôle la plus fréquente du bloc de l'isthme cavotricuspidien : séquence d'activation septale vers latérale.

Stimulation du SC sur une sonde multipolaire entrant dans le sinus coronaire et tapissant l'isthme et la paroi libre 15%

Vous déplacez la sonde d'ablation sur la région peristhmique (7H) et la paroi libre (11H) pendant stimulation sur une autre sonde dans le sinus coronaire 25%



Sonde multipolaire placée sur la paroi libre et stimulation sur 1 autre sonde SC 35%

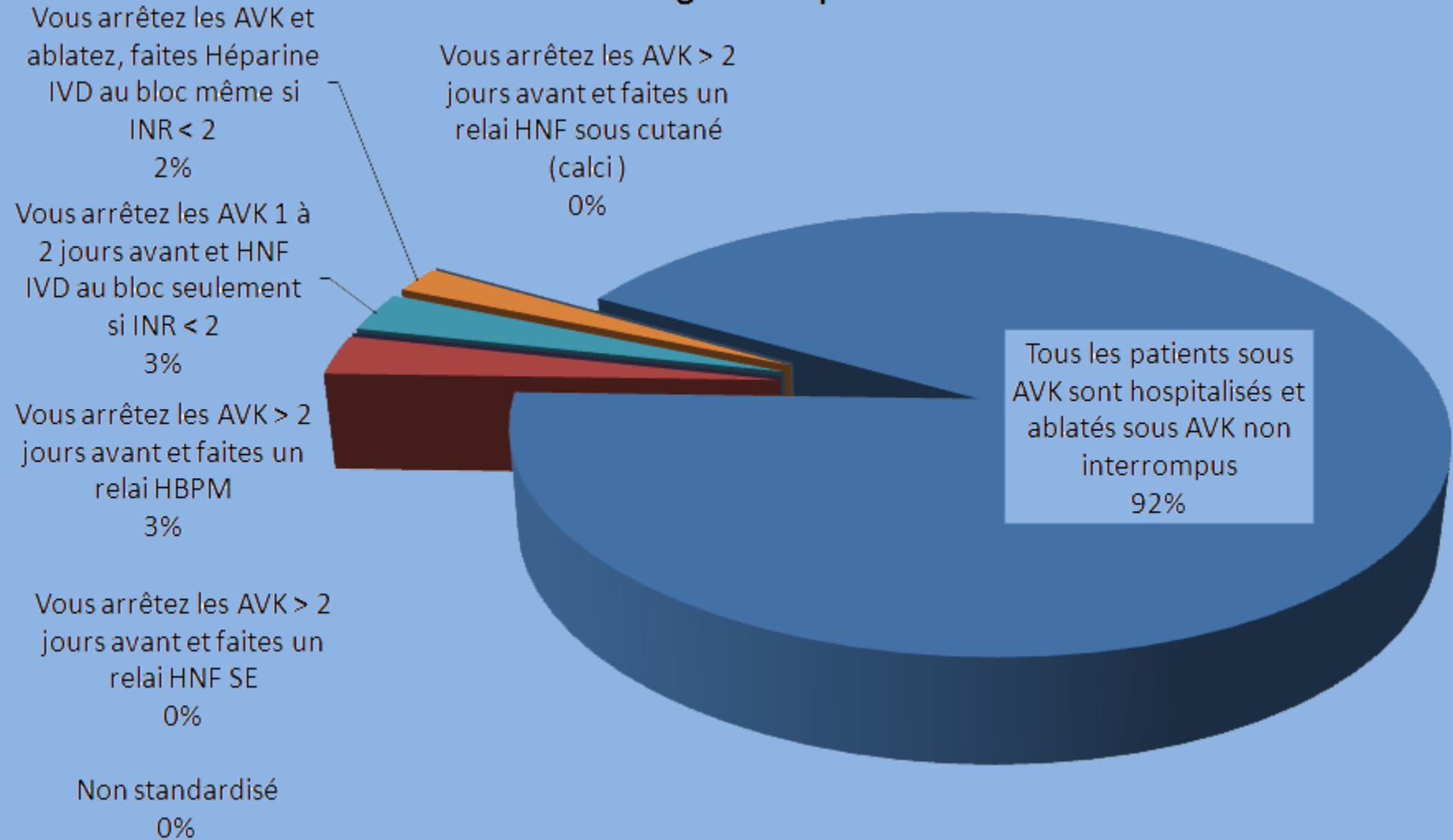
Mesure de la valeur du délai entre la stimulation par la sonde du sinus coronaire et la sonde d'ablation placée en paraisthmique (7H) sans la déplacer (sauf rarement si doute). 10%

Je ne le fais jamais ou presque 1%

Pas de réponse 2%

Non standardisé 2%

3.11. Anticoagulation patient sous AVK



Pratiques nationales d'ablation

- Flutter

- TRIN

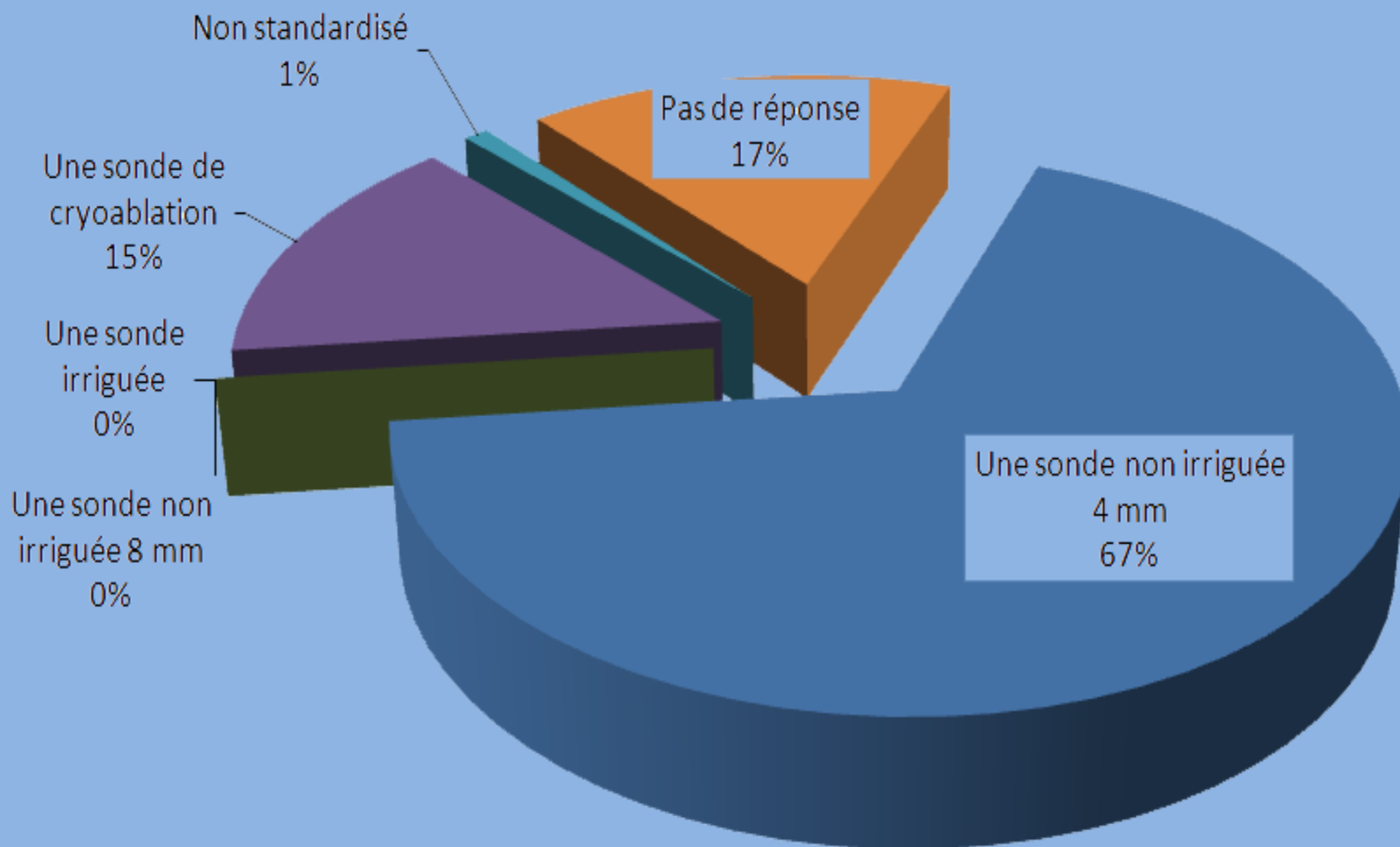
 - Sonde

 - Puissance

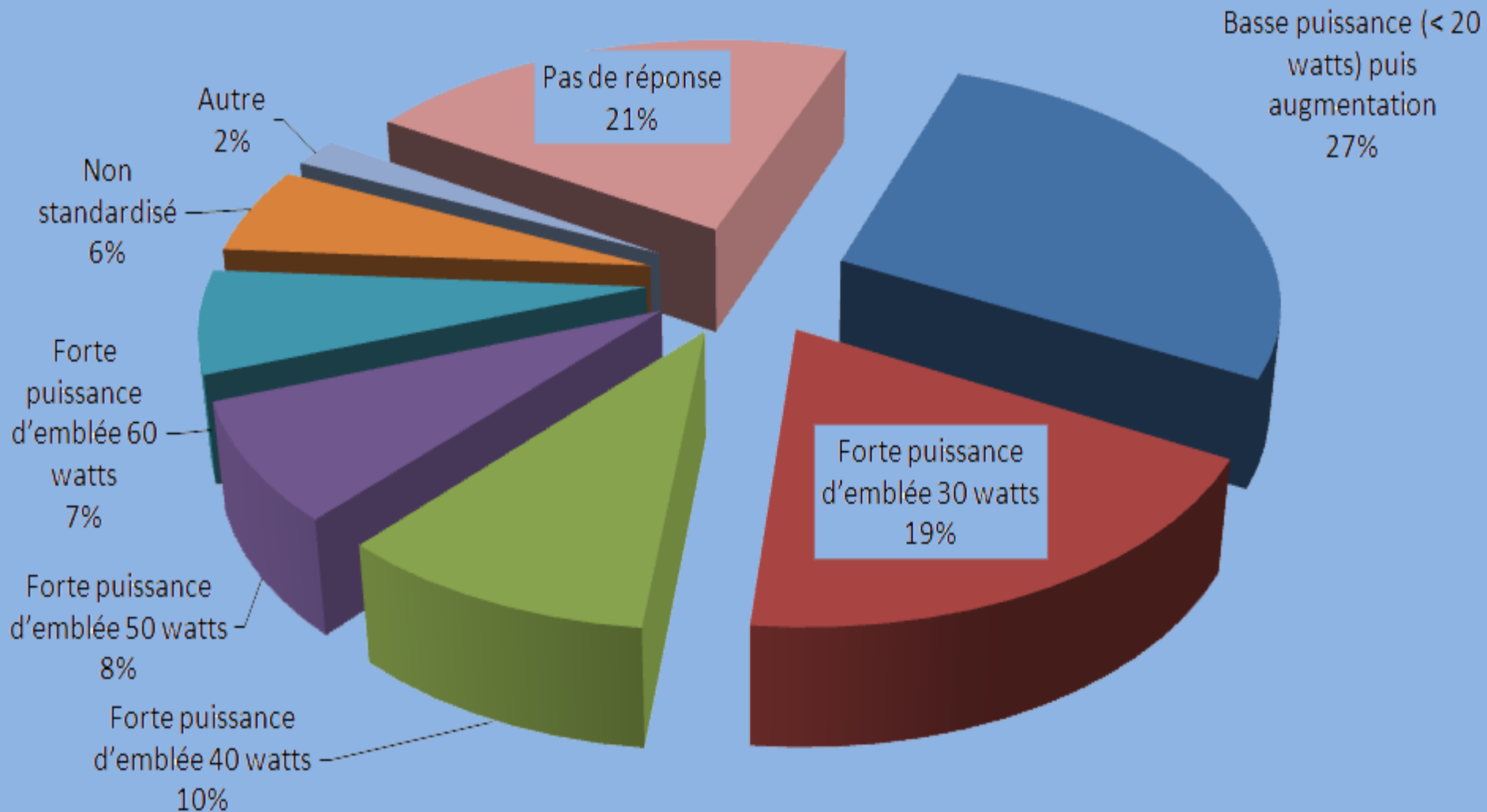
 - Monitoring conduction AV

- Kent lateral gauche

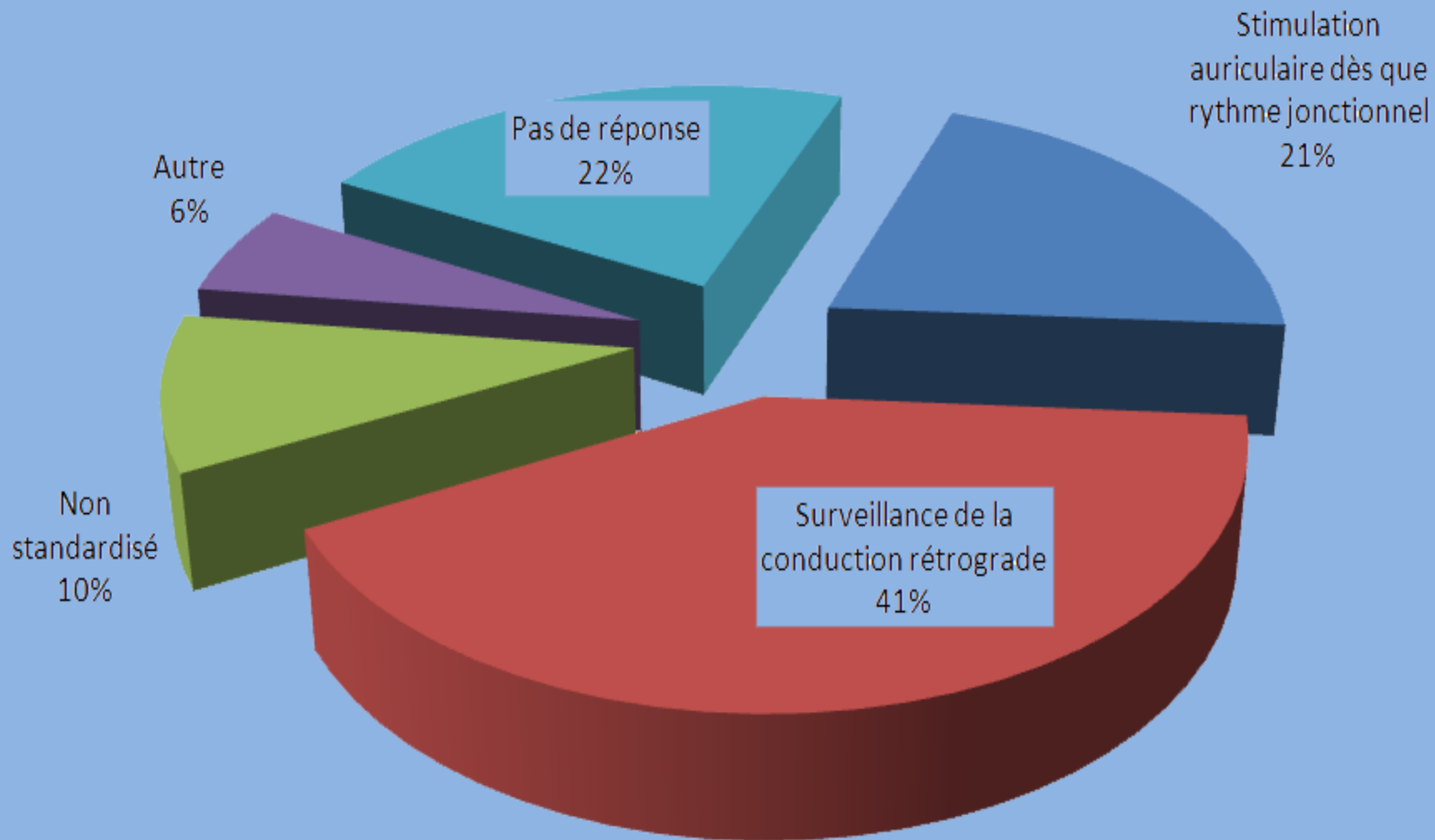
4.7. Ablation de TRIN : vous utilisez le plus souvent



Puissance: Ablation TRIN conventionnelle 4 mm non irriguée vous démarrez



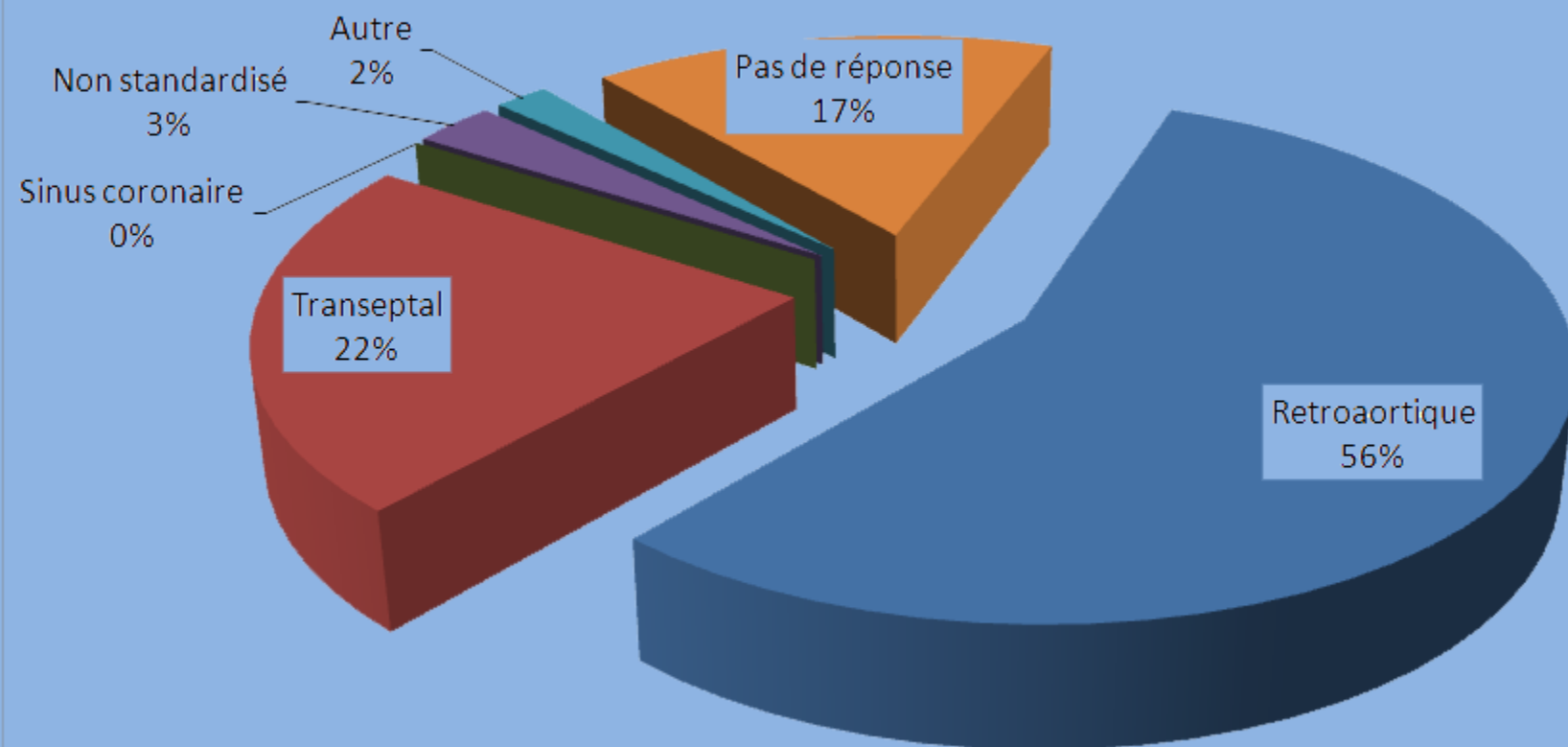
4.11. Ablation TRIN. Monitoring conduction AV pendant le tir



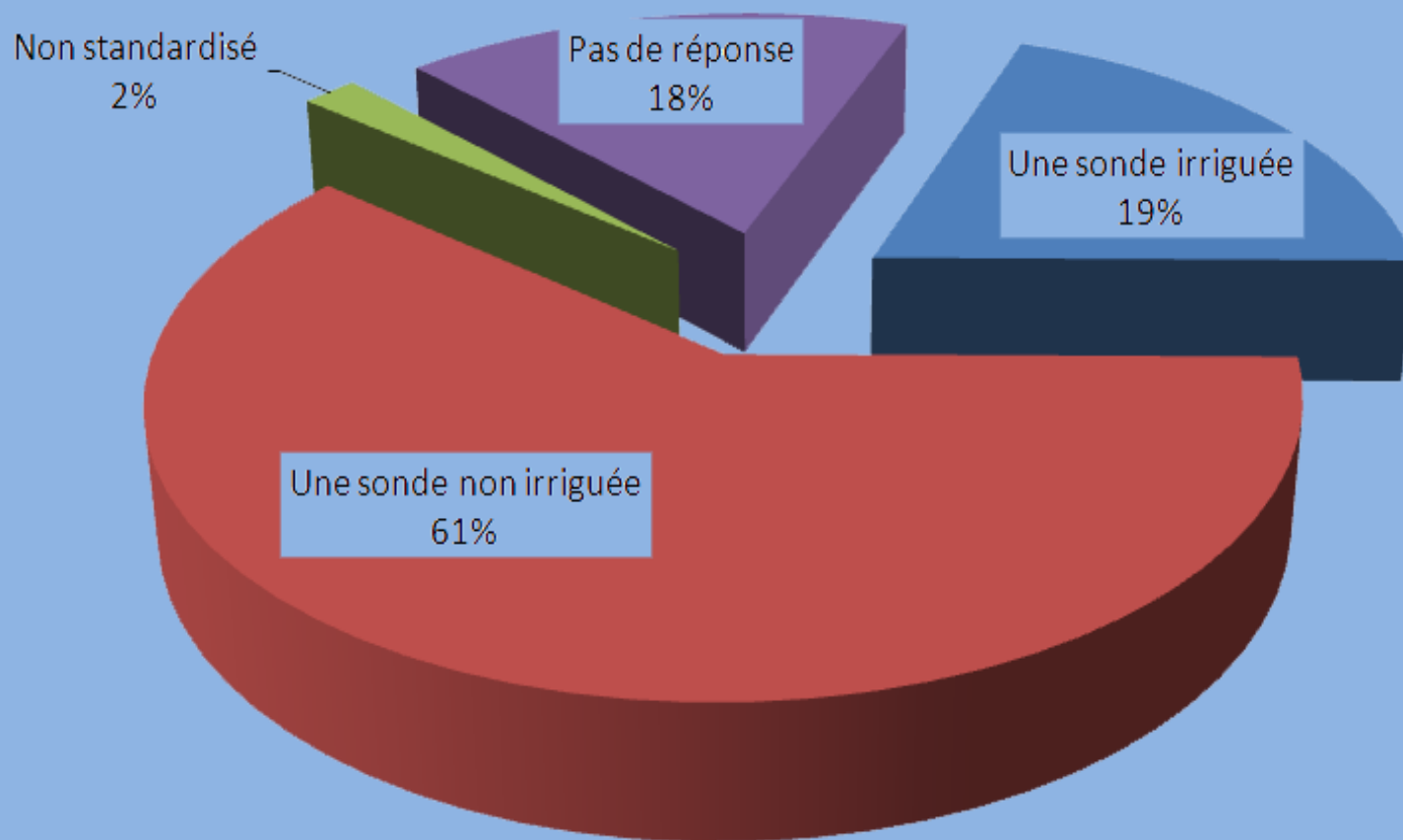
Pratiques nationales d'ablation

- Flutter
- TRIN
- **Kent lateral gauche**
 - Abord
 - Sonde
 - Heparine
 - Gestion FA perprocedure

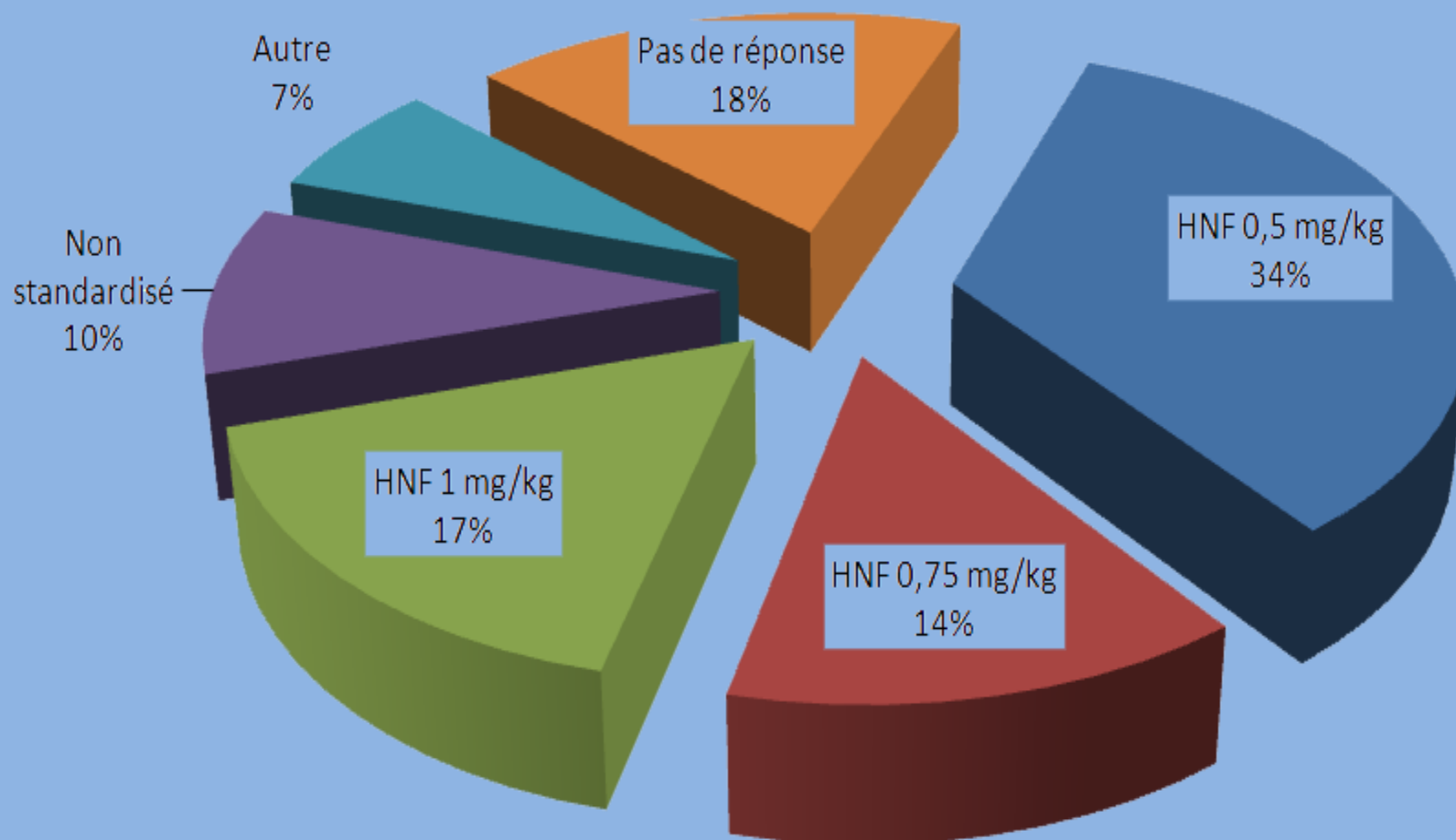
4.13. Ablation de Kent latéral gauche. Abord choisi en première intention



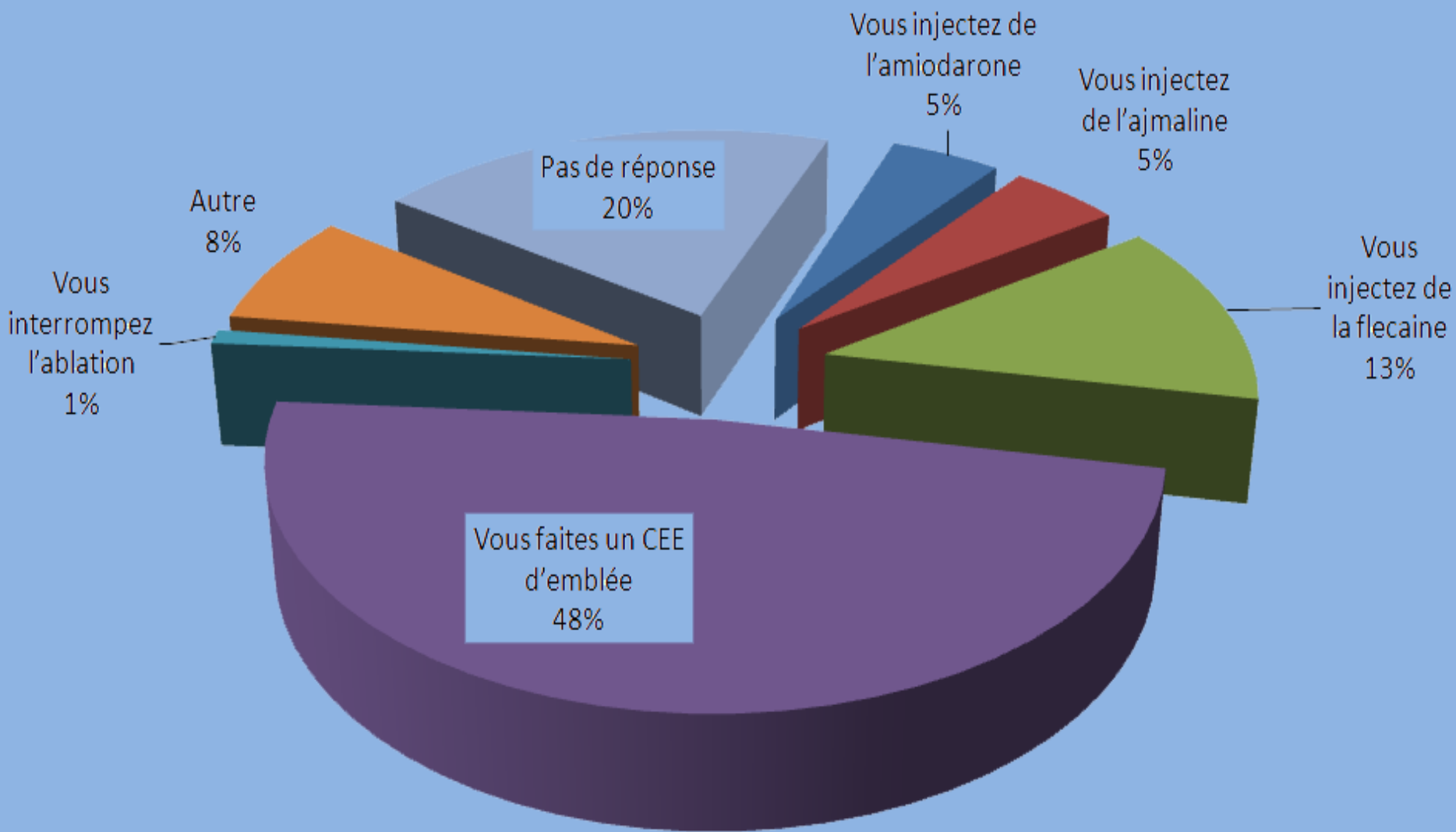
4.15. Ablation de kent latéral gauche : vous utilisez en première intention sur une première procédure



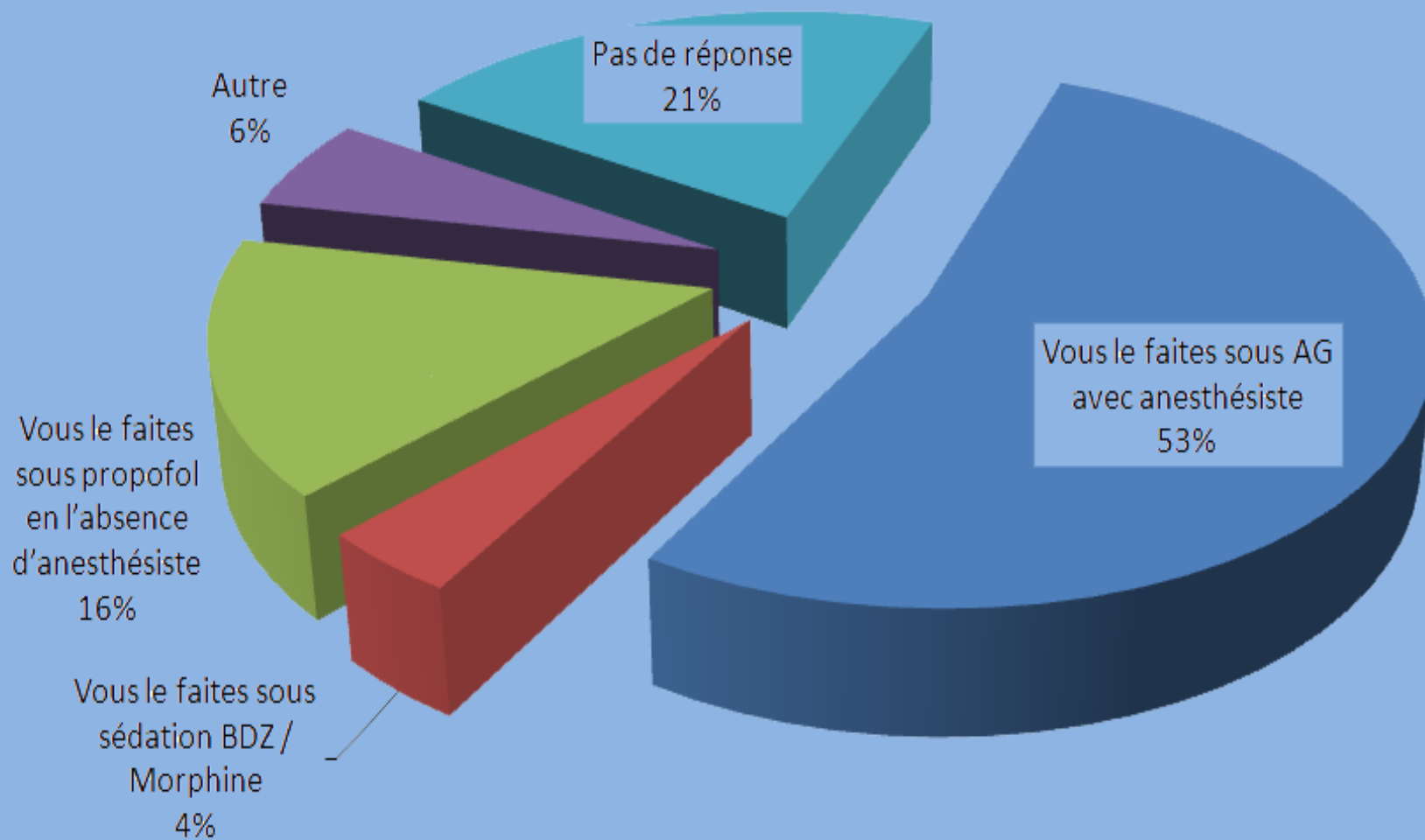
4.19. Si ablation de kent latéral gauche, vous prescrivez en perprocedure



4.16. En cas de passage en FA , en première intention



4.17. Si vous décidez de faire un CEE sur table



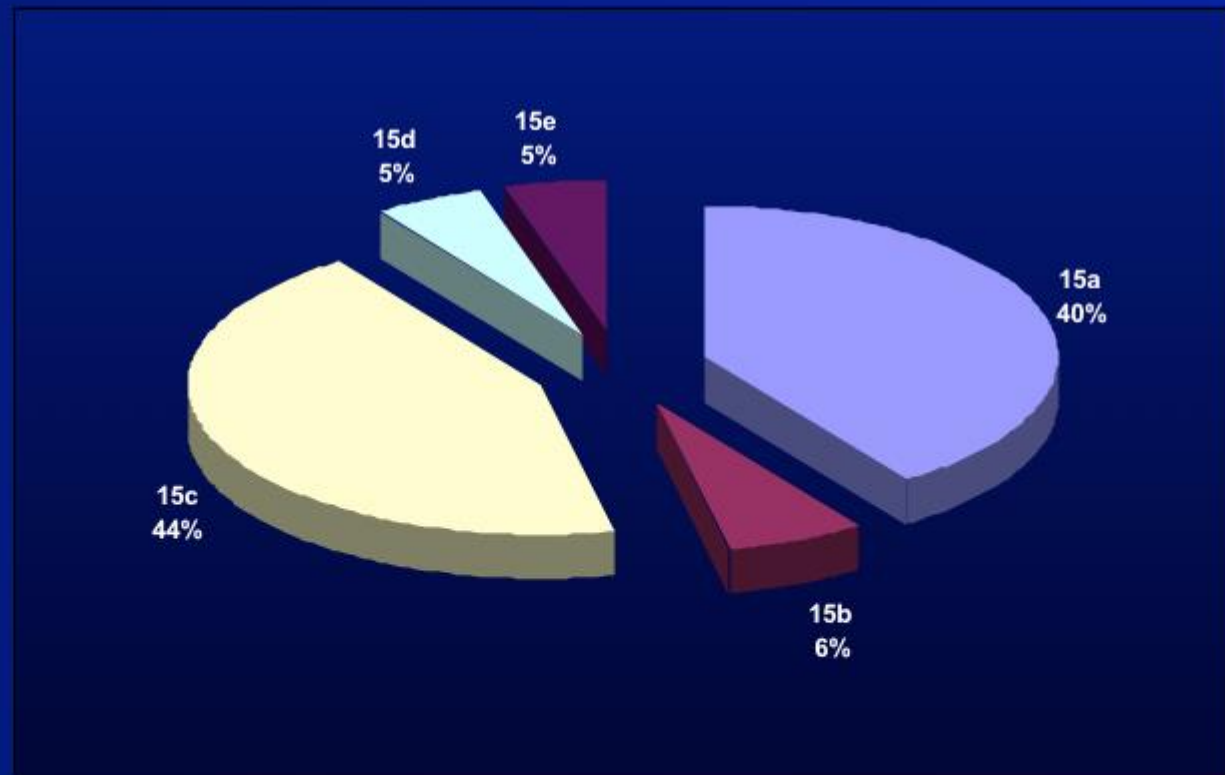
Logistique transeptale FA

1. ETO pour transeptal

1. anesthésie générale

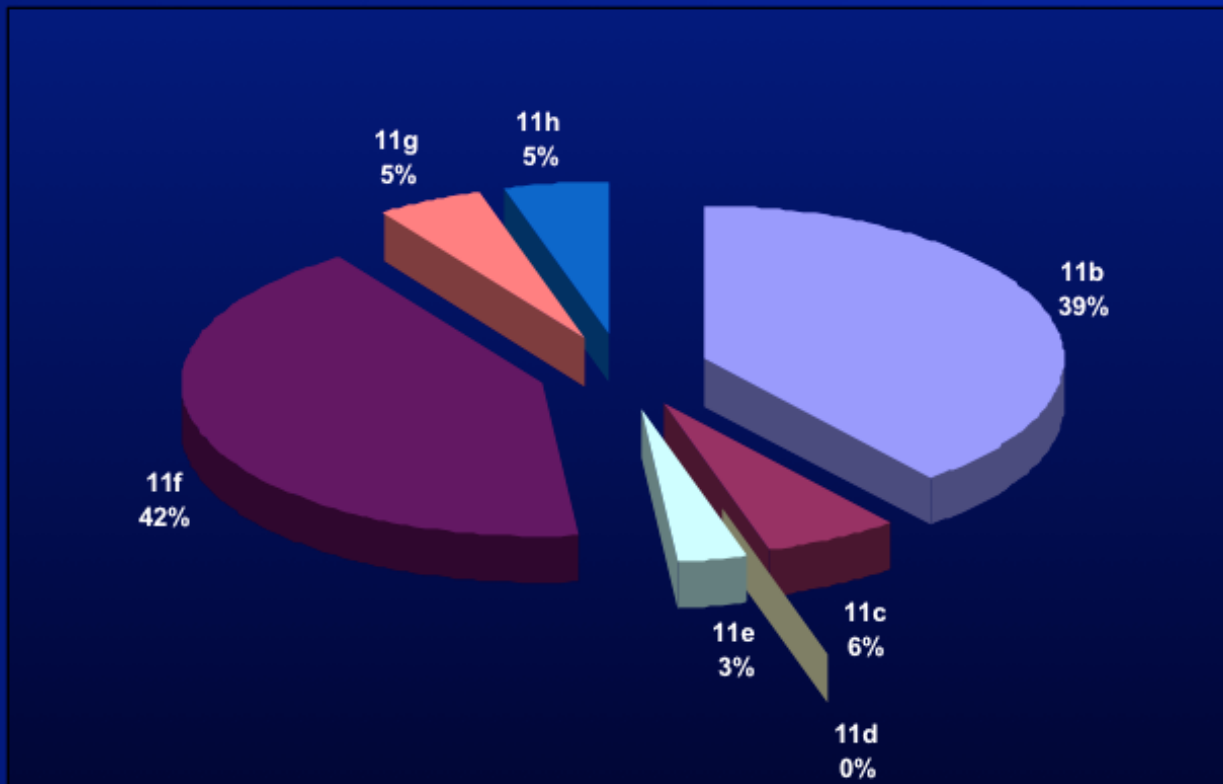
15-Vous réalisez une ETO pendant la procédure

- a) Toujours seulement pendant transseptal
- b) Toujours pendant toute la procédure
- c) Jamais sauf si difficulté
- d) Pas d'attitude standardisée
- e) Autre préciser



11-Vous réalisez vos interventions de FA paroxystique sous anesthésie

- a) Locale
- b) Locale + sédation légère médicamenteuse sans anesthésiste
- c) Locale + sédation légère au protoxyde d'azote sans anesthésiste
- d) locale + générale seulement pendant l'ETO sans anesthésiste
- e) locale + générale seulement pendant l'ETO avec anesthésiste
- f) Générale pendant toute la procédure avec anesthésiste
- g) Pas d'attitude standardisée
- h) Autre préciser



Conclusions

- L'ablation est une discipline complexe nécessitant
 - Une bonne connaissance de l'électrophysiologie
 - Un équipement complet
 - Une logistique rigoureuse
- Il existe « plusieurs chemins » pour arriver à Rome