

Fibrillation auriculaire et ablation par cathéter

Vous allez bientôt être traité pour une arythmie cardiaque, la fibrillation auriculaire (FA). Votre cardiologue vous en a informé et a discuté du traitement qui vous concerne. Avec cette brochure, nous vous informons sur les différentes options qui seront appliquées.

Il est bon de se rendre compte que pour vous personnellement, la situation peut être différente de celle décrite ici.

Qu'est-ce que la fibrillation auriculaire ?

La fibrillation auriculaire, abrégée AF et également appelée fibrillation antechambre, est l'un des troubles du rythme cardiaque les plus courants. Le rythme cardiaque normal est régulier et se situe entre 50 et 90 battements par minute au repos. Ce rythme est produit dans le nœud sinusal, un organe situé dans la chambre antérieure droite. C'est là qu'est créée une impulsion électrique qui se propage dans les deux chambres antérieures en peu de temps. La vitesse, également appelée fréquence, du rythme sinusal se situe entre 50 et 90 battements par minute au repos. À l'effort, elle peut atteindre 150 à 190 battements par minute. Cela dépend de l'âge. En cas de fibrillation auriculaire, le rythme cardiaque est très rapide et irrégulier dans les deux cavités antérieures, avec plus de 300 battements par minute. Il s'agit de nombreuses impulsions électriques qui se déplacent rapidement et s'entrecroisent. Cela ressemble à une sorte de "chaos électrique" dans les chambres antérieures. Seule une partie des battements de l'antichambre est acheminée vers les cavités cardiaques, de sorte que la fréquence cardiaque se situe généralement entre 100 et 160 battements par minute.

Quelles sont les plaintes ?

La plupart des gens se plaignent de la fibrillation auriculaire. Il peut s'agir de palpitations, de vertiges, de fatigue et d'essoufflement. La gravité de ces symptômes peut varier de mineure à très sévère. Certaines personnes sont très limitées dans leurs activités. Il est important de savoir que, quelle que soit la gravité des symptômes, le cœur continue à pomper comme d'habitude dans tous les cas. Quelle que soit la rapidité et l'irrégularité des battements cardiaques, les cavités du cœur ne font que leur travail et il n'y a jamais de danger immédiat.

En général, les jeunes souffrent davantage de fibrillation auriculaire que les personnes plus âgées. Cela s'explique en partie par le fait que le rythme cardiaque est souvent plus rapide chez les jeunes que chez les personnes âgées. Cela semble contradictoire, mais les personnes souffrant de fibrillation auriculaire chronique souffrent souvent moins de la fibrillation auriculaire que celles qui n'ont que des crises mineures.

Cause de la fibrillation auriculaire

Il n'existe pas de cause unique et claire de la fibrillation auriculaire. Cependant, de nombreux facteurs augmentent le risque de fibrillation auriculaire, tels que l'hypertension artérielle, les anomalies des valves cardiaques, l'athérosclérose (artériosclérose), l'insuffisance cardiaque et d'autres arythmies. Il existe également des facteurs extérieurs au cœur qui provoquent la FA, tels que les maladies pulmonaires ou les troubles de la thyroïde. La construction et la structure des antichambres jouent également un rôle, comme l'épaisseur et la disposition des fibres musculaires. Presque personne n'est en mesure de trouver une cause claire expliquant l'ensemble de la fibrillation. La plupart des personnes atteintes de fibrillation auriculaire cherchent en vain des facteurs qui déclenchent une crise chez elles, tels que des aliments ou certaines activités. Même ces facteurs sont souvent difficiles à trouver, bien qu'il puisse y avoir certains schémas. En effet, chez la plupart des personnes, une crise commence au repos ou après un effort. L'apparition de la FA pendant l'exercice est très rare. La FA nocturne est très fréquente. Par conséquent, il n'y a souvent aucune raison d'être prudent en matière d'exercice ou de sport.

Le seul aliment connu pour avoir une relation claire avec la FA est l'alcool. Une relation claire entre le café et la FA est rare. D'autres aliments ou substances peuvent provoquer des symptômes chez certaines personnes. Il n'est recommandé d'éviter ces substances que si vous ressentez une relation très claire avec la FA.

Quelle est la fréquence de la fibrillation auriculaire ?

La fibrillation auriculaire est l'arythmie cardiaque la plus fréquente. Il existe une relation claire avec l'âge. Chez les enfants et les jeunes adultes, la FA est très rare. L'incidence est estimée à 5 % au-delà de 65 ans et même à 10 % au-delà de 80 ans. Des études montrent qu'une personne âgée de 40 ans a environ une chance sur quatre de développer une fibrillation auriculaire à un moment ou à un autre de sa vie.

Ainsi, bien que la fibrillation auriculaire soit fréquente chez les personnes âgées, les personnes plus jeunes ont tendance à présenter davantage de symptômes de fibrillation auriculaire.

La fibrillation auriculaire est-elle dangereuse ?

Bien que cette arythmie cardiaque soit souvent ressentie comme très gênante par les patients, les cardiologues considèrent la fibrillation auriculaire comme une arythmie inoffensive. Cependant, il existe deux complications principales :

1. La FA peut créer des caillots sanguins dans le cœur qui peuvent se propager dans l'organisme, par exemple dans le cerveau. Ce risque existe principalement chez les personnes âgées (plus de 70 ans) et les personnes souffrant de problèmes cardiaques concomitants. C'est pourquoi ces personnes reçoivent généralement des anticoagulants puissants.
2. Les personnes dont le rythme cardiaque est beaucoup trop rapide pendant une longue période (des mois ou des années) peuvent voir leur fonction de pompage cardiaque réduite. C'est pourquoi de nombreuses personnes souffrant de FA chronique reçoivent des médicaments destinés à réduire la fréquence cardiaque.

En principe, les personnes atteintes de FA dont la fréquence cardiaque n'est pas trop élevée et qui prennent des anticoagulants si nécessaire ont un bon pronostic (pronostic). Le traitement de la FA vise davantage à réduire les symptômes qu'à améliorer le pronostic.

Traitement

En général, la première tentative consiste à empêcher la survenue de la FA (contrôle du rythme). Si cela n'est pas ou plus possible, il faut accepter l'existence de la FA et prescrire des anticoagulants et parfois des médicaments qui réduisent la fréquence cardiaque (contrôle de la fréquence).

Avec des médicaments

Presque toujours, la FA est d'abord traitée par des médicaments. Le cardiologue utilise divers médicaments qui sont raisonnablement efficaces pour prévenir ou réduire les crises de fibrillation auriculaire. Des combinaisons de médicaments sont souvent administrées. Les médicaments les plus couramment utilisés sont la flécaïnide, la propafénone, la disopyramide, le sotalol et l'amiodarone.)

Chez de nombreuses personnes, la combinaison et le dosage adéquats de ces médicaments permettent de traiter efficacement la fibrillation auriculaire. Toutefois, le cardiologue ne sait pas à l'avance quel médicament sera efficace chez quel patient. Chez une partie des patients, ces médicaments ne donnent pas de résultats ou des résultats insuffisants, ou l'effet diminue avec le temps. Les différents médicaments ont peu ou pas d'effets secondaires ; parfois, l'apparition d'effets secondaires peut justifier l'arrêt du médicament. L'amiodarone (Cordarone), en particulier, peut provoquer des effets secondaires, surtout en cas d'utilisation prolongée. En cas d'effets secondaires, l'utilisation de ces médicaments doit être interrompue. De nombreuses personnes ne souffrent pas de fibrillation auriculaire depuis des années grâce à l'amiodarone, sans effets secondaires.

Lorsque les médicaments ne sont plus efficaces

Lorsque les médicaments n'ont plus d'effet sur la FA, il existe un certain nombre d'options. La plus importante est peut-être tout simplement d'accepter la FA. Ces dernières années, il est apparu clairement que cette option n'était pas mauvaise, en particulier pour les personnes qui ne présentent pas trop de symptômes. Il s'agit également d'un choix sûr si le rythme cardiaque n'est pas trop rapide et si la personne prend des anticoagulants. Contrairement à la croyance populaire, un stimulateur cardiaque n'est pas un bon traitement pour la fibrillation auriculaire. Un stimulateur cardiaque peut maintenir la fréquence cardiaque chez les personnes dont le rythme cardiaque est trop lent. En revanche, il n'est d'aucune utilité dans le cas d'une fibrillation auriculaire dont le rythme cardiaque est trop rapide.

Ces dernières années, l'ablation par cathéter de la fibrillation auriculaire est devenue une technique de plus en plus courante qui permet de traiter définitivement la fibrillation auriculaire dans 80 % des cas.

Ablation par cathéter

L'idée qui sous-tend l'ablation par cathéter dans la FA est que les veines pulmonaires jouent un rôle dans l'apparition ou le maintien de la FA. Les quatre veines pulmonaires transportent le sang riche en oxygène des poumons vers le cœur. Il est possible de remédier à la FA ou de la réduire chez un certain nombre de personnes en isolant électriquement ces veines pulmonaires de l'oreillette gauche.

Lors de l'ablation par cathéter, un courant électrique circule dans les tissus du cœur à l'aide d'un cathéter. La résistance rencontrée par ce courant provoque un échauffement du tissu, créant une brûlure et une cicatrice. Le principe est similaire à celui d'une ampoule électrique où le courant électrique produit également de la chaleur.

De nombreuses cicatrices sont ainsi placées autour des veines pulmonaires. Cela crée une cicatrice circulaire qui empêche les impulsions d'atteindre la chambre antérieure à partir des veines pulmonaires.

Les veines pulmonaires et la circulation sanguine restent intactes. De cette manière, les quatre veines pulmonaires sont encerclées et isolées électriquement. Chez une partie des personnes souffrant de FA, cela suffit à arrêter ou à réduire considérablement les arythmies. Chez un certain nombre de personnes, cela ne sert à rien. Une deuxième tentative est alors faite pour remédier à la FA avec des ablations plus importantes. Toutefois, les résultats de ces traitements sont moins probants.

Risques et complications

Aucun traitement n'est sans risque de complications. Il est toujours très important de peser soigneusement le pour et le contre d'un traitement ou de s'en abstenir. En général, la FA est considérée comme une affection relativement bénigne. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à un traitement par cathéter pour améliorer le pronostic. En général, ce traitement est choisi pour améliorer la qualité de vie. Le cathétérisme cardiaque peut entraîner certaines complications. Le plus souvent, des ecchymoses et des saignements postopératoires se produisent au niveau de l'aîne. Le risque de complications liées à l'ablation par cathéter est faible. La complication la plus fréquente est ce que l'on appelle une tamponnade. Celle-ci peut provoquer un trou dans la paroi à certains endroits du ventricule gauche, ce qui se produit souvent lorsque la paroi est assez fine. Le sang s'accumule alors autour du cœur et altère la fonction cardiaque. En conséquence, la pression artérielle chute et le patient se sent moins bien. Cette complication, qui survient dans environ 1 % des traitements, peut être corrigée immédiatement et n'a pas de conséquences à long terme.

Les complications plus graves sont beaucoup plus rares. Des caillots peuvent se former sur le cathéter d'ablation ou sur le tissu cicatrisé et se propager dans l'organisme. Grâce à l'administration d'anticoagulants puissants pendant le traitement, le risque d'une telle complication est très faible. La brûlure par le cathéter d'ablation peut également endommager les tissus entourant le cœur. Cela peut se produire au niveau des veines pulmonaires elles-mêmes, d'un nerf du diaphragme ou, dans des cas extrêmement rares, de l'œsophage.

Post-cure

Après une ablation, vous pouvez généralement rentrer chez vous le jour même. Dans les premières heures qui suivent l'ablation, vous pouvez vous sentir un peu nauséux ou fatigué, mais ces symptômes disparaissent généralement rapidement. Les insertions dans l'aîne peuvent provoquer des saignements et des ecchymoses. Une sensation de brûlure dans la poitrine est parfois ressentie après l'ablation. L'effet d'une ablation par cathéter réussie peut ne pas être immédiatement perceptible. Certains patients présentent à nouveau une fibrillation de la chambre antérieure dans les premières semaines ou les premiers mois suivant le traitement. Cette fibrillation peut parfois être encore plus grave qu'auparavant, alors qu'elle disparaît souvent par la suite. Une partie des patients doit subir une deuxième intervention.

Une partie de la cicatrisation réalisée lors de l'ablation par cathéter se rétablit parfois. Cela permet aux impulsions indésirables provenant des veines pulmonaires de pénétrer à nouveau dans l'antichambre gauche et de perturber à nouveau le rythme. La deuxième intervention est similaire à la première et nécessite souvent moins de cicatrices.

Questions

Si vous avez des questions après avoir lu cette notice, veuillez contacter votre cardiologue.

Coordonnées de contact

Cardiologie Anderlecht
Poxcatstraat 5
1070 Anderlecht
02/2172773

www.cardiocenteranderlecht.be