Société Française de Cardiologie
Rythmologie - Stimulation cardiaque

Juillet 2019

NEWSLETTER GROUPE RYTHMOLOGIE SFC

Chers Amis,
Vous trouverez dans cette nouvelle Newsletter un résumé des Late Breaking Trials du congres HRS de San Francisco mai 2019 (deuxième partie) concocté pour vous par Michel Chauvin
Bonne lecture !
Serge Boveda

Le problème très actuel de l'implantation d'un stimulateur cardiaque après TAVI a fait l'objet de plusieurs communications, reflétant ainsi nos préoccupations.

TIANY Y. – Rochester, Mayo Clinic (Utility of Thirsty-Day Continuous Ambulatory Monitoring to Identify Patients with Delayed Occurrence of A-V block after TAVR) a rappelé que 2 à … 51 % des patients, selon les études, étaient appareillés d'un stimulateur cardiaque après TAVI (moyenne 17 %). La plupart des implantations sont faites en moyenne 3 jours après la procédure.
Tiany a donc étudié une population de 197 patients bénéficiant d'un TAVI. 70 patients ont été appareillés après la procédure dont 60 ont été suivis pendant les 30 jours suivant l'hospitalisation. 127 autres patients ont été monitorés en ambulatoire pendant 30 jours après la procédure.
L'objectif primaire a été de déceler la survenue de Möbitz II et/ou bloc A-V complet (BAVC) dans les 30 jours de suivi.
Chez les 43 patients dont l'ECG était normal en sortie d'hospitalisation, 3 ont développé un BAVC. Parmi les 9 patients qui avaient un bloc de branche droite avant la procédure, 2 ont développé un BAVC, 3 patients parmi les 36 qui avaient un bloc de branche gauche préalable et 1 patient parmi les 39 qui avaient un PR long préalable.
Cette très intéressante étude montre qu'un monitorage au long cours permettrait de détecter des BAVC chez des patients sans facteurs prédictifs. Elle montre aussi que, si le pourcentage de patients en BAVC précoce est de 12 %, les BAVC décelés par monitorage tardifs se montent à 7 % des patients. Compte-tenu des facteurs de risque que représentent les blocs de branches préalables, peut-être qu'un monitorage au long cours serait utile.
La discussion est lancée, même si, en pratique, 2 questions se posent : comment organiser un monitorage ambulatoire de 30 jours ? peut-on prendre le risque d'un BAVC chez des patients qui n'auraient pas été appareillés alors qu'ils présentaient un facteur de risque de trouble conductif sévère ?

L'étude précédente souligne, s'il en était encore besoin, l'utilité de définir des facteurs prédictifs de BAVC post TAVI.

KIANI S., Atlanta (Predictor of the Need for New Permanent Pacemaker Implantation after Transcatheter Aortic Valve Replacement with the Edwards-Sapien 3 Valve) rappelle les facteurs prédictifs connus de BAVC : l'âge, l'existence d'une bradycardie préalable, un PR long et/ou un bloc de branche droite et/ou un hémibloc gauche et/ou des QRS larges préalables, la longueur et la nature de la valve, les dimensions du septum membraneux et une calcification des cuspides aortiques coronaires. Il a voulu rechercher quels étaient les facteurs prédictifs de BAVC les plus forts en étudiant rétrospectivement 1146 patients ayant bénéficié d'un TAVI. 367 constituaient la « validation cohort » et 778 la « derivation cohort ». Dans la première population, 8,2 % ont dû être appareillés d'un stimulateur cardiaque ; dans la deuxième population, 7,2 %.
L'analyse statistique a fait apparaître que les facteurs prédictifs les plus forts pour l'implantation d'un stimulateur cardiaque sont des antécédents préalables de syncope et l'existence préalable d'un bloc de branche droite et/ou d'un espace PR long.

TSUSHIMA T., Cleveland (Risk Prediction Model for Permanent Pacemaker Implantation after Transcatheter Aortic Valve Implantation : an Extraction and Internal Validation in Single High Volume Center Experience) a quant à lui proposé un score prédictif.
Il se base sur une étude monocentrique rétrospective rassemblant 888 patients répartis en un groupe A destiné à déterminer un modèle prédictif par étude multivariée (507 patients) et un groupe B destiné à une validation interne (381 patients). C'est un total de 184 implantations de stimulateurs cardiaques (20,7 % de l'ensemble des 888 patients) qui ont été effectuées.
Sans entrer dans le détail des pourcentages, les facteurs de risques les plus forts ont été: une HTA, un bloc de branche droit et/ou un PR long et/ou un bloc bifasciculaire, une valve auto expansive.
Il propose alors un score de prédiction affectant 1 point pour une HTA, 1 point pour un PR long préexistant, 1 point pour une valve auto expansive et 2 points pour un bloc de branche droite préexistant.
Un score 4 et 5 détermine une population particulièrement à risque, imposant l'implantation d'un stimulateur cardiaque.
Cette tentative d'établir un score est très utile car elle ouvre la voie à une attitude attentiste pour des populations à bas risque dont la récupération d'une conduction A-V est très probable. Cependant, elle ne prend pas en cause les facteurs reconnus (QRS larges, antécédents de syncope…) et devra s'adapter à l'évolution des techniques de valves implantées.