

# FIBRILLATION AURICULAIRE

Prévention de l'AVC par fermeture percutanée  
de l'appendice auriculaire gauche



# Introduction

---

Votre médecin vous a diagnostiqué un trouble de rythme cardiaque, appelé fibrillation auriculaire (FA). Cette pathologie favorise la formation et la migration de caillot dans les vaisseaux du cerveau et augmente ainsi le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). Pour prévenir un éventuel AVC, des médicaments anticoagulants sont habituellement prescrits car ils ralentissent la coagulation du sang et empêchent la formation d'un caillot.

Comme vous présentez un risque de saignement élevé, le traitement anticoagulant est contre-indiqué ou à haut risque pour vous. C'est pourquoi, il vous est proposé une fermeture de l'appendice auriculaire par une sorte de « bouchon ». Ce traitement percutané, effectué par cathéter, représente une alternative reconnue pour la prévention de l'AVC.

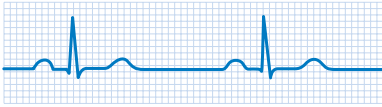


## LE SAVIEZ-VOUS

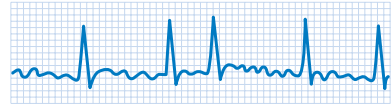
Le premier système de fermeture de l'appendice auriculaire a été utilisé en 2001 en Allemagne. Aujourd'hui, il en existe plusieurs sortes.

## Le cœur et l'appendice auriculaire gauche

La fibrillation auriculaire est caractérisée par un rythme cardiaque irrégulier et souvent plus rapide que la moyenne.

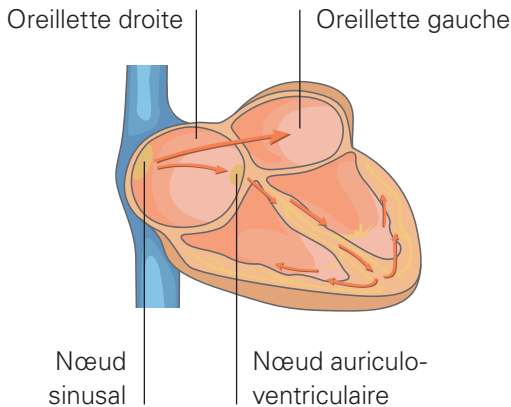


Rythme cardiaque normal

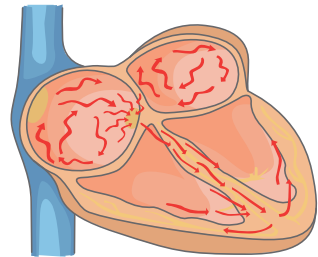


Rythme de fibrillation auriculaire

### Cœur normal



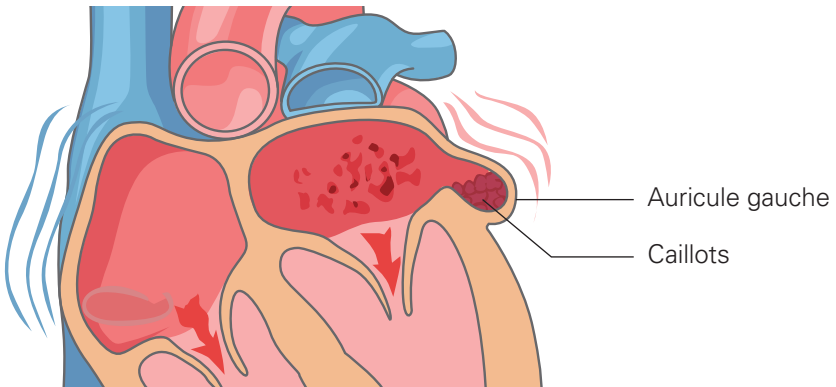
### Fibrillation auriculaire



Chemin de la conduction cardiaque lors d'un rythme cardiaque normal et lors de la fibrillation auriculaire.

La fibrillation auriculaire est responsable d'une stagnation sanguine dans l'oreillette gauche, plus particulièrement dans l'appendice auriculaire gauche (AAG). Cette petite cavité ressemble à une sorte de sac amorphe qui favorise la formation d'un thrombus (caillot). Celui-ci risque ensuite de migrer dans la circulation cérébrale.

Après plus de 48 heures d'arythmie cardiaque provoquée par une FA, sans traitement anticoagulant, jusqu'à 15% des patients ou patientes vont présenter un caillot dans l'oreillette gauche. Dans 90% des cas, il se situe dans l'AAG et est volumineux, ce qui explique la sévérité des AVC survenant chez ces personnes.



Les oreillettes du cœur en fibrillation auriculaire et la formation de caillots.

# La fermeture percutanée de l'appendice auriculaire gauche

---

## En quoi consiste le bilan pré-interventionnel ?

Il consiste à évaluer votre risque de saignement et d'AVC. L'indication à la fermeture de l'AAG concerne les personnes :

- ▶ présentant un haut risque d'AVC, avec un antécédent de saignement ou une contre-indication au traitement anticoagulant oral (anti-vitamine K ou nouveaux anticoagulants oraux)
- ▶ ayant une hypertension artérielle sévère non contrôlée (résistant au traitement)
- ▶ âgées à fort risque de chute.

Avant la procédure, un scanner cardiaque (CT-scan) est effectué afin de voir la forme et mesurer la taille de l'AAG.

## Quelles sont les consignes avant votre arrivée à l'hôpital ?

Une fois la date de votre intervention planifiée, le secrétariat de l'Unité de cardiologie structurale vous convoque par écrit, ou éventuellement par téléphone si le délai est trop court. L'admission se déroule le plus souvent la veille de l'intervention. Si vous entrez à l'hôpital le matin de l'intervention, vous devez être à jeun.

## Quand a lieu la consultation d'anesthésie ?

La consultation d'anesthésie se déroule soit :

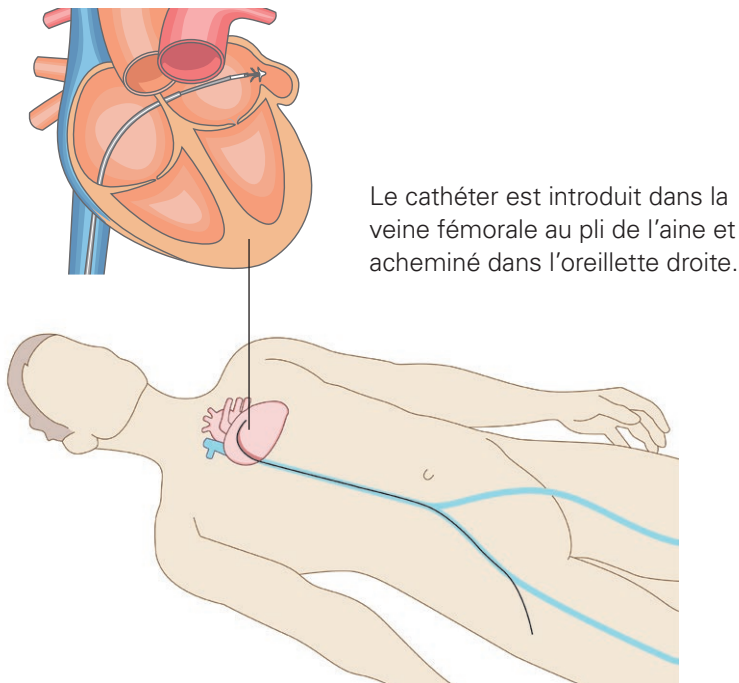
- ▶ en ambulatoire avant l'intervention
- ▶ la veille de l'intervention, au début de votre hospitalisation.

Le ou la médecin anesthésiste vous informe sur le déroulement et le mode d'anesthésie prévu. De votre côté, vous lui communiquez la liste des médicaments que vous prenez ainsi que vos éventuelles allergies.

## Comment se déroule l'intervention ?

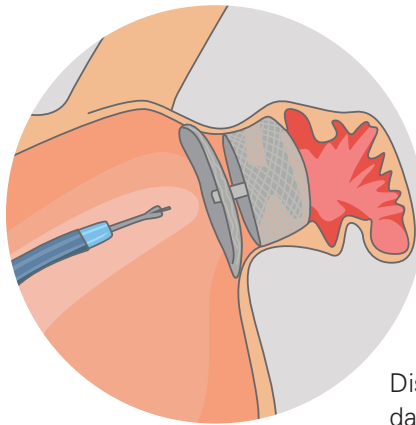
Cette procédure est réalisée en salle de cathétérisme cardiaque sous anesthésie générale par échocardiographie transœsophagienne (ETO) et fluoroscopie (examen à l'aide de rayons X qui donne une image dynamique du cœur). Pour l'échocardiographie transœsophagienne, la sonde d'échographie est introduite par la bouche, puis descend dans l'œsophage. Ce geste est réalisé une fois que vous êtes endormi-e.

Le cathéter est introduit dans la veine fémorale au pli de l'aîne et acheminé dans l'oreillette droite. Ensuite, une ponction trans-septale (à travers la paroi entre les deux oreillettes) est effectuée afin d'atteindre l'oreillette gauche et déployer le dispositif dans l'auricule. Ce dernier comble alors l'appendice auriculaire.



Pour les personnes présentant une contre-indication à l'anesthésie générale, l'alternative est une anesthésie locale avec un guidage par échographie intracardiaque (sonde introduite dans le cathéter) et fluoroscopie.

En fin de procédure, l'ÉTO évalue le bon déploiement du dispositif, sa stabilité, son étanchéité et s'assure de l'absence de complications immédiates.



Dispositif déployé dans l'auricule.

### **Que se passe-t-il ensuite ?**

Vous demeurez en salle de réveil pour une surveillance pendant quelques heures avant de rejoindre votre chambre pour la nuit. Le lendemain de l'intervention, une échocardiographie transthoracique de contrôle est effectuée. Cet examen, indolore et sans irradiation, a pour but de visualiser le dispositif implanté et d'écarter la présence de saignement dans l'enveloppe du cœur (péricarde). Le retour à domicile a lieu en général 48 heures après l'intervention.

## Quelles sont les complications possibles ?

Il existe des complications potentielles associées à cette intervention :

- ▶ La complication la plus fréquente est la formation d'un hématome (un gros bleu), présent au point de ponction au pli de l'aîne, dans environ 3 à 5% des cas. Pour prévenir cette complication, la ponction lors de la procédure est effectuée sous guidage échographique et un pansement compressif est posé en fin de geste. Le traitement de l'hématome consiste le plus souvent à prolonger la compression au point de ponction du cathéter. Dans certains cas rares, une intervention chirurgicale peut être nécessaire (dans moins de 0.5% des cas).
- ▶ On constate également dans 3% des cas les complications majeures suivantes :
  - Dans 1% des cas, bien que vous receviez un traitement anti-coagulant temporaire durant l'intervention, un caillot peut tout de même se former, migrer et causer un AVC.
  - Dans 1% des cas, la migration du dispositif (embolisation). Elle survient le plus souvent dans les première 48 heures qui suivent le geste.
  - Dans 1% des cas, du sang autour du cœur (tamponnade) peut survenir.

Ces deux dernières complications majeures (embolisation et tamponnade) se traitent dans la moitié des cas par cathéter et dans l'autre moitié par chirurgie. En cas de complications majeures nécessitant une chirurgie, il existe un risque de décès qui peut aller jusqu'à 10%.

- ▶ La formation d'un caillot sur le dispositif durant les six mois qui suivent l'intervention est possible. Ce risque s'élève à environ 2 à 3% des cas, raison pour laquelle un suivi médical est nécessaire. Une anticoagulation transitoire peut alors être nécessaire.

## Quels sont les bénéfices liés à l'intervention ?

Cette procédure réduit de plus de 50% le risque de survenue d'un AVC ischémique (par caillot).



# Les suites de l'intervention

---

## Quand votre sortie est-elle envisageable ?

En l'absence de complications, votre sortie de l'hôpital est possible deux jours après l'intervention, suite à une évaluation de votre état de santé par l'équipe médico-soignante. En général, vous rentrez directement chez vous. Il est donc nécessaire de prévoir un moyen de transport et une personne pour vous accompagner à votre retour à domicile.

## Votre traitement est-il modifié suite à l'intervention ?

L'aspirine cardio est prescrite durant six mois et, selon votre risque de saignement, également un autre antiagrégant plaquettaire (clopidogrel) peut y être associé pendant un à trois mois. A six mois, la poursuite ou non de l'aspirine cardio est discuté avec le cardiologue interventionnel.

## Quel suivi médical faut-il prévoir ?

Un CT-scan ou une échocardiographie transœsophagienne selon les cas sera effectuée aux HUG dans les quatre à six mois suivant l'intervention. Une consultation avec le médecin ayant effectué la fermeture de l'appendice complète cet examen. Ce suivi a pour but de s'assurer de l'étanchéité du dispositif et de l'absence de thrombus. Quant au suivi annuel, il se déroule chez votre cardiologue.

L'équipe médico-soignante reste à disposition pour répondre aux questions de votre médecin et à celles des patients ou patientes incluses dans notre registre anonymisé local. Nous prendrons également contact avec vous ou votre médecin deux et cinq ans après l'intervention.

### **+** INFO

Il est important de signaler au ou à la médecin qui vous suit pendant votre séjour aux HUG les noms de vos différents médecins (généraliste, cardiologue et autres) afin qu'il ou elle puisse leur envoyer les documents concernant votre hospitalisation.

## **+** **INFO**

A votre sortie de l'hôpital, vous recevez une carte orange qui liste les situations pour lesquelles un traitement antibiotique préventif est indiqué. Portez-la sur vous et présentez-la aux médecins qui vous suivent, en particulier votre dentiste.

### **Qui contacter en cas de questions ou de problème de santé?**

Votre médecin généraliste reste la personne de contact pour toute question ou souci de santé. Mais si vous ou votre médecin avez des questions liées spécifiquement à la fermeture de l'appendice auriculaire, vous pouvez contacter l'équipe de cardiologie structurelle (lire les coordonnées en dernière page).

### **Y a-t-il des précautions supplémentaires à prendre?**

Les six premiers mois après l'intervention, il est recommandé de prendre des antibiotiques lors de tout geste comportant un risque d'infection comme un détartrage chez le dentiste, un traitement des sinus ou des oreilles ou une intervention au niveau urogénital, cutané ou digestif.

### **Votre consentement éclairé**

Si vous avez décidé de subir une intervention de fermeture d'appendice auriculaire gauche, vous signez un formulaire de consentement éclairé. A tout moment, vous pouvez changer d'avis et refuser l'intervention, sans conséquence sur votre prise en charge.

### **La facturation**

Cette intervention est remboursée dans les prestations de base de la LAMal sous déduction de la franchise et de la participation (10% des frais à charge).



# Informations pratiques

## Contact

Secrétariat de l'Unité de cardiologie structurale

📞 022 372 72 00, de 8h à 12h et de 14h à 16h

## En cas d'urgence

Médecin interne de cardiologie

📞 079 553 26 10

## Service de cardiologie

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4  
1205 Genève

## Accès

Bus 1, 5, 7 et 35,  
arrêt « Hôpital »

Bus 3, arrêt « Claparède »

Tram 12 et 18,  
arrêt « Augustins »

Léman Express, arrêt  
« Genève-Champel »

## Parkings

H-Cluse et H-Lombard



*Cette brochure a été élaborée par l'Unité de cardiologie structurale en collaboration avec le Groupe d'information pour patients, patientes et proches (GIPP) des HUG.*