

Le dossier – Ablation des tachycardies ventriculaires

Éditorial



F. EXTRAMIANA

Service de Cardiologie, hôpital Bichat, PARIS.

La destruction des zones de myocarde indispensables à l'initiation et/ou à la pérennisation des arythmies est, sans conteste, l'une des innovations majeures de la cardiologie dans les dernières décennies. L'ablation a été utilisée initialement pour interrompre la conduction atrioventriculaire, puis a été rapidement transposée et étendue à l'ablation des voies accessoires, des voies lentes responsables de rythme réciproque et des tachycardies ventriculaires (TV). Cependant, dans la période initiale, l'ablation était basée sur une analyse précise et rigoureuse des signaux électriques endocavitaires, associée à un repérage anatomique sommaire basé sur la position des cathéters en scopie. Les pionniers de l'ablation des TV ont réussi le tour de force de transposer les données expérimentales des mécanismes des TV sur cicatrice en une grille d'interprétation des signaux endocavitaires et de leurs réponses à la manipulation par la stimulation [1]. Cependant, l'ablation des TV basée sur ces méthodes d'identification des mécanismes était longue à apprendre et à réaliser, nécessitait de longues périodes en TV plus ou moins bien tolérées sur le plan hémodynamique et permettait de traiter uniquement les TV déclenchées pendant la procédure. Il est donc facile de comprendre pourquoi les TV ne représentaient alors qu'une très faible part des indications d'ablations.

Le développement exponentiel de l'ablation de la fibrillation atriale après les travaux pionniers de Michel Haïssaguerre et de son équipe [2] a été un stimulus puissant pour la recherche et le développement. Les outils de cartographie tridimensionnelles et les techniques d'imagerie en coupe avec reconstruction 3D sont désormais utilisés dans la grande majorité des centres d'ablation et leur présence sont même un prérequis réglementaire pour obtenir l'autorisation administrative de réaliser des ablations d'arythmies complexes [3].

Ces évolutions technologiques ont permis de mieux comprendre les mécanismes des TV, les cibles de l'ablation et possiblement d'en améliorer les résultats. Cela a logiquement abouti à l'augmentation du nombre de procédures d'ablation des TV et de la place de l'ablation dans la prise en charge des patients dans les recommandations des sociétés savantes [4].

L'augmentation des indications et du nombre de patients qui ont une procédure d'ablation de TV imposent une meilleure diffusion des connaissances sur le sujet. L'ablation des TV est un terme générique qui englobe des réalités très différentes sur le plan clinique et en termes de complexité de substrat arythmogènes.

Nous avons la chance de réunir dans ce dossier de *Réalités Cardiologiques* trois experts français qui vont mettre à jour nos connaissances sur le sujet. **Nicolas Lellouche** (Henri Mondor, Créteil) fait le point sur l'ablation des TV sur cœur sain et en particulier sur les éléments de localisation topographique des TV avant l'ablation,

Le dossier – Ablation des tachycardies ventriculaires

permettant de prédire les ablations plus complexes. **Philippe Maury** (CHRU de Toulouse) nous montre la complexité et la sophistication du/des substrats de TV et de nos outils permettant leur compréhension. Il rappelle opportunément les risques de complications associés à ces procédures. Pour finir, **François Brigadeau** (CHRU de Lille) fait le point sur les bonnes, moins bonnes et mauvaises indications de l'ablation de TV.

Ces trois revues soulignent la nécessité de référer les patients avec une indication potentielle d'ablation de TV dans des centres experts, à la fois pour la réalisation du geste et pour la gestion des complications potentielles [5]. Espérons que ce dossier nous aidera à mieux appréhender la balance bénéfique/risque subtile de l'ablation de TV. La déci-

sion d'ablation de TV doit éviter deux écueils : rater une bonne opportunité thérapeutique d'une part et d'autre part, proposer une ablation potentiellement dangereuse ou futile.

Bonne lecture.

BIBLIOGRAPHIE

1. STEVENSON WG, KHAN H, SAGER P *et al.* Identification of reentry circuit sites during catheter *mapping* and radiofrequency ablation of ventricular tachycardia late after myocardial infarction. *Circulation*, 1993;88:1647-1670.
2. HAÏSSAGUERRE M, JAÏS P, SHAH DC *et al.* Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*, 1998; 339:659-666.
3. Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation

de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

4. ZEPPENFELD K, Tfelt-Hansen J, De Riva M *et al.* ESC Scientific Document Group. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J*, 2022;43: 3997-4126.
5. MAURY P, DEFAYE P, KLUG D *et al.* Working Group of Pacing, Electrophysiology of the French Society of Cardiology. Position paper concerning the competence, performance and environment required in the practice of complex ablation procedures. *Arch Cardiovasc Dis*, 2019;112:67-73.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.