



Le Dr Julien Seitz, coordonnateur de l'unité de rythmologie de l'hôpital Saint-Joseph de Marseille, explique cette méthode innovante et moins agressive pour traiter les fibrillations auriculaires.

**Paris Match. Comment définissez-vous ce trouble du rythme cardiaque, la fibrillation auriculaire ?**

**Dr Julien Seitz.** La fibrillation auriculaire, appelée aussi FA, provoque des contractions anarchiques des oreillettes du cœur, dues à des décharges électriques très rapides. La fréquence cardiaque peut ainsi dépasser 150 battements par minute au repos, alors que la normale est d'une soixantaine. Il existe deux formes de fibrillation : une forme débutante, qui se manifeste par des crises de quelques minutes à quelques heures (FA paroxystique), et la forme plus évoluée, dont les symptômes persistent durant plusieurs mois ou années (FA persistante).

**Quels symptômes doivent alerter et conduire à consulter ?**

Des palpitations, un essoufflement ou une fatigue inexplicée.

**Ces fibrillations sont-elles fréquentes ?**

Il s'agit du plus fréquent des troubles du rythme cardiaque. Environ 1 million de Français en sont atteints. Le diagnostic est établi avec un électrocardiogramme ou un Holter.

**Sans prise en charge, quels sont les risques ?**

Il s'agit d'une maladie grave qui peut provoquer AVC, insuffisance cardiaque et raccourcir l'espérance de vie.

**Habituellement, comment prend-on en charge une fibrillation auriculaire ?**

On commence par traiter avec des médicaments : des anticoagulants et des antiarythmiques. En cas d'échec, on envisage une technique de rythmologie interventionnelle : "l'ablation" des foyers électriques à l'origine de la fibrillation auriculaire.

### **Quel est le protocole classique de cette intervention ?**

La procédure consiste à introduire un cathéter muni d'électrodes dans la veine fémorale (au niveau de l'aîne) pour le conduire jusqu'à l'oreillette gauche qui est la plus souvent impliquée. Sous contrôle radiologique, le rythmologue avec son cathéter effectue des microbrûlures dans des zones prédéfinies où se situent souvent les foyers électriques de ces fibrillations (mais sans les avoir localisées auparavant).

### **Quels sont les résultats de cette méthode standard ?**

Dans les formes débutantes (FA paroxystiques), les résultats sont satisfaisants dans environ 65 à 80 % des cas, mais ils le sont beaucoup moins dans les formes évoluées (FA persistantes), où seulement environ 50 % des patients sont efficacement traités, même après plusieurs séances d'ablation. Inconvénients : avec cette technique standard, le traitement peut être incomplet et parfois trop agressif.

### **"On recense 95 % d'arrêt de la fibrillation lors de l'intervention"**

#### **Décrivez-nous votre nouvelle procédure, qui permet de les éviter.**

Chaque patient étant unique, le but de cette technique \* est de réaliser un traitement sur mesure, en localisant précisément les foyers électriques, qui peuvent être situés n'importe où et dans les deux oreillettes. Après des années de recherches, nous avons pu définir un moyen pour les repérer. Le cathéter introduit dans les oreillettes est muni d'électrodes qui enregistrent les signaux électriques intracardiaques. Ils sont retransmis en temps réel sur un écran et analysés visuellement par le rythmologue. Cette méthode permet d'obtenir une cartographie très précise des foyers de fibrillation dans les deux oreillettes. Ils sont ensuite détruits par microbrûlures pour que le patient retrouve un rythme cardiaque normal.

#### **Quels résultats obtenez-vous avec cette méthode sur mesure ?**

Ils sont excellents, surtout dans les FA persistantes, qui sont les plus difficiles à traiter. On recense 95 % d'arrêt de la fibrillation lors de l'intervention. Cette nouvelle technique sur mesure permet surtout de réduire le nombre de lésions provoquées par une ablation classique. Elle est donc plus efficace et moins agressive. En cas de récurrence, une ou plusieurs interventions supplémentaires peuvent être réalisées (beaucoup plus courtes et beaucoup plus légères que l'intervention initiale). Dix-huit mois après l'intervention, les résultats sont globalement meilleurs qu'avec la procédure standard.

\* Développée par l'hôpital Saint-Joseph de Marseille, le CHU de Nice et l'université du Michigan.