



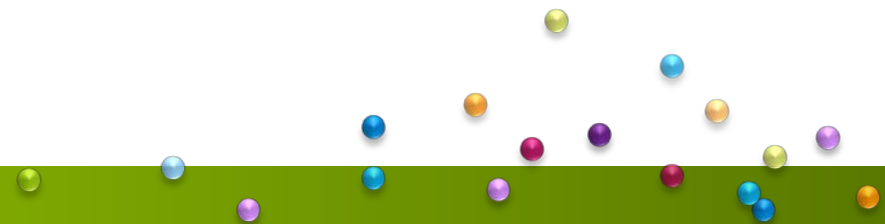
Saint-Laurent
Polyclinique



Ablation de la FA

“Quand arrêter les antiarythmique”

Dr Kabalu, Rennes



“Quand arrêter les antiarythmique”

- Recommandations
- Autres éléments de décision
 - Données sur les antiarythmiques (AAD)
 - Pré ablation
 - Post ablation
 - Pronostic de l’ablation
- En pratique

RECOMMENDATIONS



Recommandations




Recommendations

2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation
European Heart Journal 2016

2012 HRA/EHRA/ECAS Consensus Statement on Catheter ablation of Atrial Fibrillation
Heart Rhythm 2012

Venice Chart International Consensus Document on Atrial Fibrillation Ablation
JCE 2007

...



There are no guidelines for discontinuing antiarrhythmic drug therapy: depending upon the risk of recurrence and the accuracy of determining residual AF burden, trial of discontinuation may be offered after three to six arrhythmia-free months.

Recommandations

- Manque de données
- Gestion empirique avec simplement des rappels à considérer:
 - Arrêt des AAD préprocédure 4 à 5 “demi-vies” avant.
 - Maintien par la plupart des équipes pendant la période de “blanking” (1-3 mois) mais interruption immédiate également possible...

Éléments de décisions

DONNÉES SUR LES AAD



Données sur les AAD

- Diminution des symptômes
- Diminution de la charge en FA pour faciliter le remodelage inverse de l'OG

Mais efficacité modeste dans ces 2 indications et à pondérer par les problèmes de tolérance...

Données sur les AAD

Maintien du rythme sinusal par les anti-arythmiques à 1 an

AA/placebo	OR	p
AA classe IA	0.51 (0.4-0.65)	0.001
AA classe IC		
Flécaïnide	0.31 (0.16-0.60)	0.001
Propafénone	0.37 (0.28-0.45)	0.001
Classe II (β^-)	0.74 (0.49-1.13)	NS
Classe III		
Sotalol	0.53 (0.44-0.65)	0.001
Amiodarone	0.19 (0.14-0.60)	0.001

Données sur les AAD

Effets indésirables et arrêt de traitement 9 à 23 % des patients

AA/placebo	OR
AA classe IA	2.02 (1-4.1)
AA classe IC	
Flécaïnide	9.14 (1.94-42.90)
Propafénone	1.69 (1.09-2.62)
Classe II (β^-)	3.16 (1.43-6.99)
Classe III	
Sotalol	1.47 (0.84-2.6)
Amiodarone	5.55 (2.24-13.7)

Lafuente C, *Arch Intern Med* 2006

Faut-il interrompre les AAD avant l'ablation?

- Les AAD modifient les propriétés électrophysiologiques de l'OG
 - vitesses de conduction
 - périodes réfractaires
- Altèrent potentiellement les informations analysées lors de l'ablation de FA.

Faut-il interrompre les AAD avant l'ablation?

- Etude internationale multicentrique randomisée prospective
- 112 pts "LSPAF"
- G1 amio-off vs G2 amio-on
- G2>G1 pour arrêt de la FA avec des temps de scopie et de procédure plus courts
- G1>G2 pour la recherche de foyers extra VP et pour les résultats au long cours (malgré des résultats équivalents à 6 mois)

Mohanty, Heart Rhythm, Vol 12, No 3, March 2015

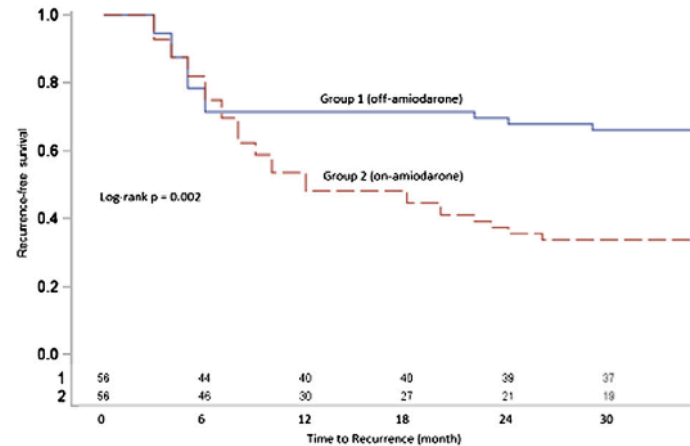


Figure 1 Kaplan–Meier curves comparing freedom from recurrence of atrial fibrillation/atrial tachycardia between study groups after the first ablation. At 32 ± 8 month follow-up, the success rate off antiarrhythmic drug was 37 (66%) in group 1 and 19 (34%) in group 2.

Faut-il interrompre les AAD avant l'ablation?

- *Plutôt oui* (si possible)
 - acceptabilité pour le patient?
 - restauration récente RS?
 - FA "complexe"

Faut-il interrompre les AADs avant l'ablation?

Table 2 Comparison of periprocedural management for atrial fibrillation ablation among different volume centres

	Extremely high-volume centre >400/year (n = 10)	High-volume centre 200–399/year (n = 23)	Medium-volume centre 100–199/year (n = 16)	Low-volume centre 1–99/year (n = 23)
Atrial fibrillation ablation accepted as a first-line therapy without failing an antiarrhythmic drug	30.0% [†]	39.1% [†]	18.8%	4.3%
Antiarrhythmic drugs discontinued before ablation procedure	70.0% [†]	43.5%	31.3%	26.1%
Upper limit of INR before ablation procedure	2.5	13.0% [†]	37.5%	43.5%
≥ 3.0 (or no limit)	100% [†]	87.0% [†]	62.5%	56.5%
Heparin bridging NOT used before ablation procedure	100% [†]	92.3% [†]	68.7%	43.5%
Heparin bridging NOT used after ablation procedure	100% [‡]	91.3% [‡]	68.7%	50.0%

[†]P < 0.05, [‡]P < 0.01 compared with the low-volume centre.

J. Chen et al. Current periprocedural management of ablation for atrial fibrillation in Europe: results of the European Heart Rhythm Association survey Europace (2014) 16, 378–381

Quand interrompre les AAD après l'ablation?

Mécanismes des récurrences:

Reconnexions

Foyers hors cibles (VP)

Modification SNA

Réponse inflammatoire

Effets retardés des lésions

Quand interrompre les AAD après l'ablation?

JACC Vol. 40, No. 1, 2002
July 3, 2002:100-4

- Etude 110 pts consécutifs (Parox et Persistante)
- 35% récidence précoce (ERAF)
- Différence pronostic à terme mais 30% libre de tout symptôme

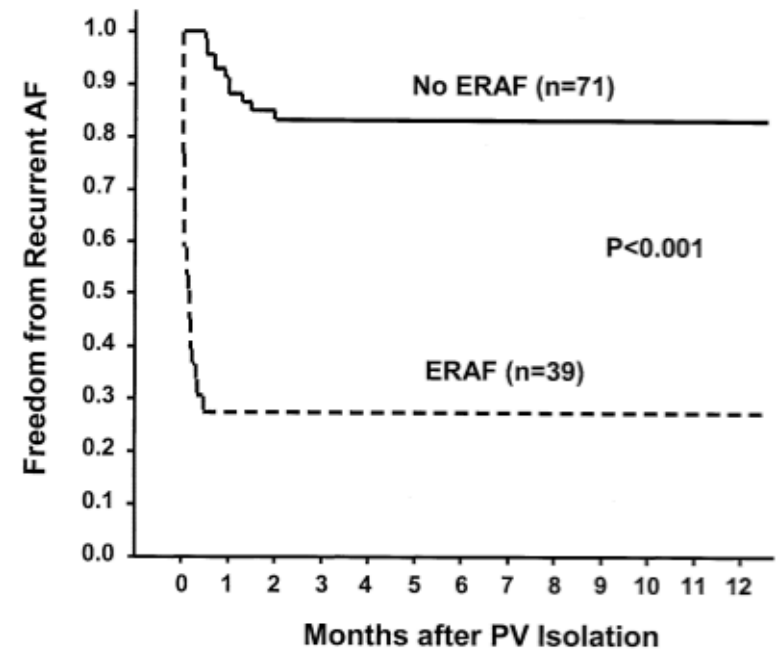


Figure 3. Kaplan-Meier analysis of long-term freedom from recurrent atrial fibrillation (AF) in patients with and without an early recurrence of AF (ERAF). PV = pulmonary vein.

H Oral: Clinical significance of early recurrences of AF after PVI

Quand interrompre les AAD après l'ablation?

Internationale, multicentrique, randomisée (2 groupes)

110 pts FA Parox

Critère 1° composite

- Arythmie > 24h
- Arythmie symptomatique (H, CEE, ou AAD)
- Intolérance AAD

Différence significative 19% vs 42% (0.05)

5A study

Roux et al; *Circulation* 2009

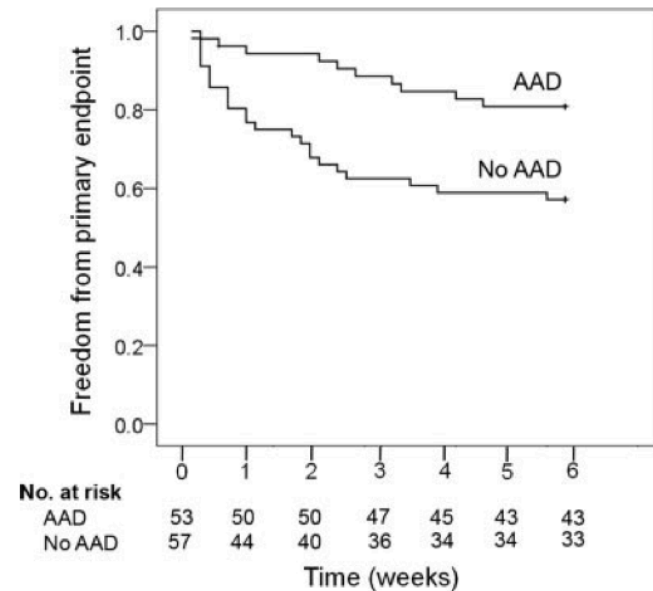


Figure. Kaplan-Meier curves showing freedom from the primary end point on the y axis vs time during the study in weeks on the x axis for the AAD and no-AAD groups. The 2 curves diverge early on and remain separated for the duration of the study.

Quand interrompre les AAD après l'ablation?

5A Study Six-Month Follow-Up
Leong-Sit et al. Circ Arrhythm Electrophysiol 2011

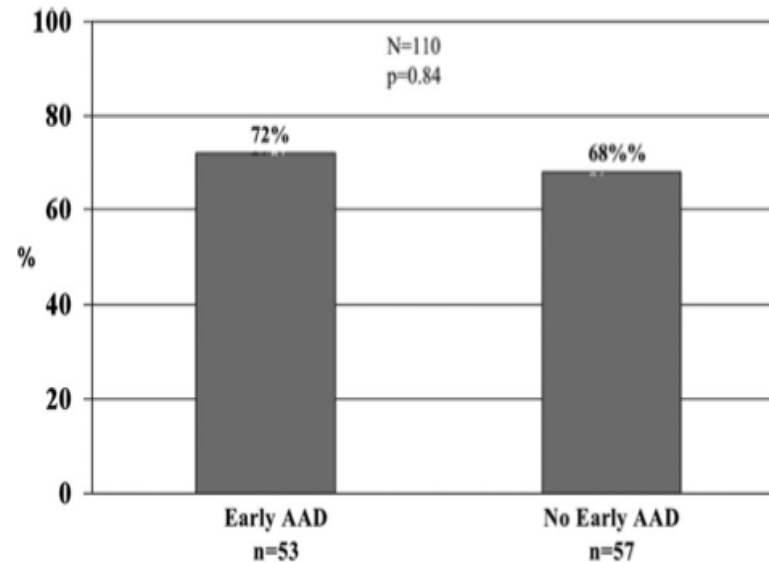


Figure 1. Percentage of patients with freedom from AF 6 months after ablation. There was no significant difference in outcome between patients randomized to early AAD compared with those randomized to no AAD.

Quand interrompre les AAD après l'ablation?

X. Xu et al. Cardiovascular Therapeutics 2015

X. Xu et al.

Postablation Use of Antiarrhythmic Drug

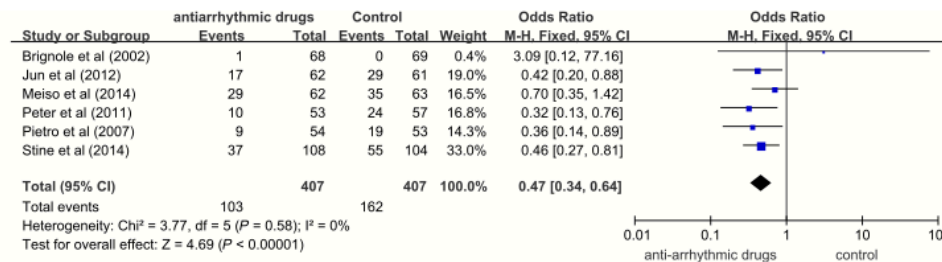


Figure 2 Comparison of patients on AADs and control patients with regard to ERAF postablation. AADs, antiarrhythmic drugs; ERAF, early recurrence of atrial fibrillation.

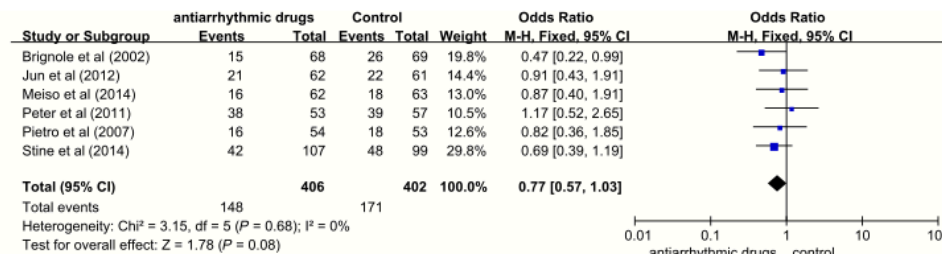


Figure 3 Comparison of patients on AADs and control patients with regard to LRAF postablation. AADs, antiarrhythmic drugs; LRAF, late recurrence of atrial fibrillation.

Quand interrompre les AAD après l'ablation?

- La survenue de récurrence précoce (<1 mois) est fréquente, les SF peuvent même s'aggraver pour certains patients.
- Ces récurrences ne préjugent pas forcément du résultat à long terme.
- La prescription d'AAD pdt la période de "blanking" diminue ces récurrences précoces sans modifier le pronostic à long terme

Éléments de décision

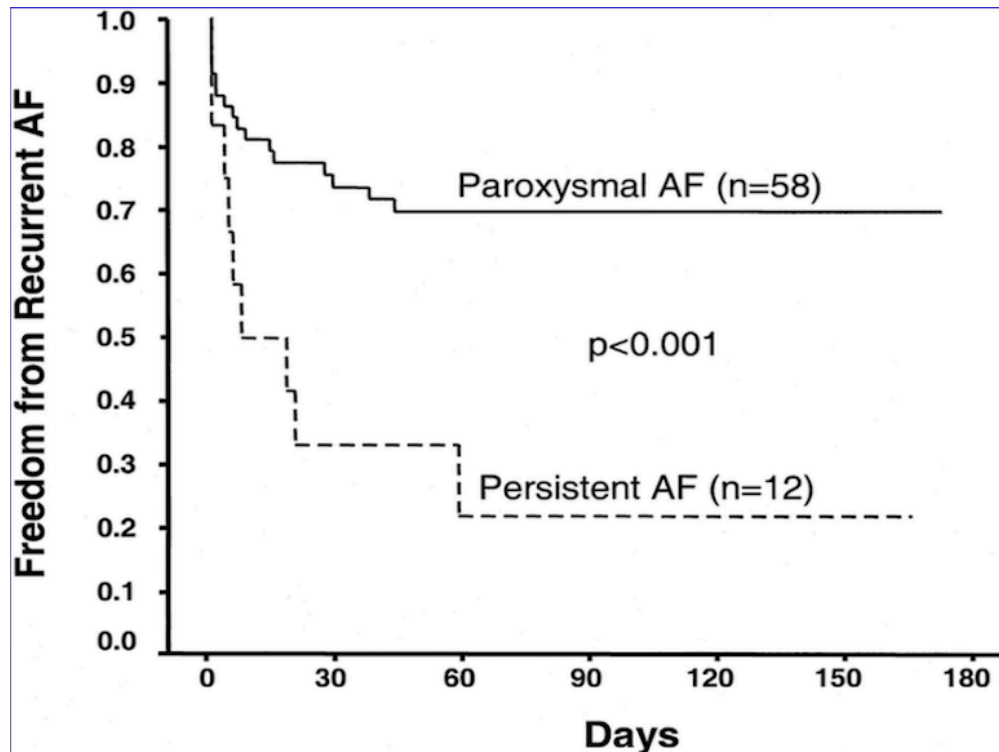
PRONOSTIC POST ABLATION

Caractéristiques de la FA

- Ancienneté de la maladie
- Type de FA: paroxystique, persistante, persistante longue durée, arythmies associées (TA, Flutter)
- Traitement(s) antérieur(s) pharmacologique(s) ou non

FA paroxystique et FA persistante: pronostic de l'ablation

Oral, H et al, Circulation 2002; 105: 1077-1081



Terrain et comorbidités

- **Cardiopathie** structurelle associée, taille de l'**OG**?
- **Comorbidités**: Obésité, SAS, DNID, HTA...

Types de procédure

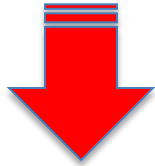
- Nombre de procédure(s): index, redo, ...
- **Complexité** du geste: IVP seuls vs substrat (lignes, CAFES, autres); validations des cibles
- Réduction per opératoire, **validation des cibles** thérapeutiques (déconnexion VP, bloc intra OG, inductibilité, test pharmacologique), éléments EEP (“firing” d’une veine)
- **Complications**: péricarde, arythmie per opératoire, dysfonction sinusale...

Profil du patient

- Fréquence et tolérance des SF
- Tolérance des AAD et des ttt en général
- Psychologie du sujet+++

En pratique

Bien tolérés, relativement efficaces	Anti arythmiques	Mal tolérés, inefficaces
Ancienne, persistante	Nature de la FA	Paroxystique, récente
Cardiopathie, OG dilatée	atteinte structurelle	Coeur "sain"
SAS, Obésité, DNID,...	Comorbidité	Non
Complexe, partielle, répétée	Procédure	Simple, complète
FA très symptomatique, mal vécue	Patient	FA peu symptomatique, récurrence acceptée



AAD +



AAD -

Conclusion

- Le projet d'ablation de FA est généralement associé à l'échec du traitement AAR ou au souhait de l'interrompre.
- Il n'y a pas de recommandations claires sur la gestion du traitement et l'évaluation doit se faire au cas par cas en tenant compte du terrain, du déroulement de la procédure d'ablation et des souhaits du patient.
- L'arrêt pré ablation puis la reprise du traitement antérieur pour une période de 1 à 3 est une attitude courante, mais l'arrêt immédiat des traitements devrait se développer avec les progrès techniques et l'expérience des équipes.

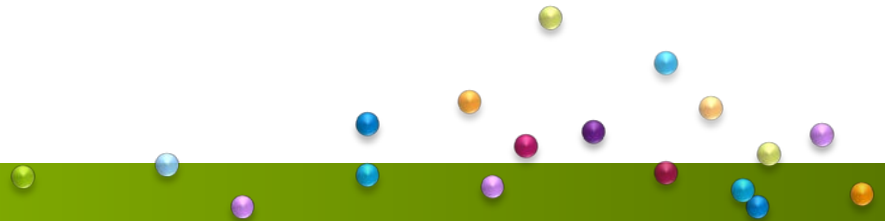


Saint-Laurent
Polyclinique

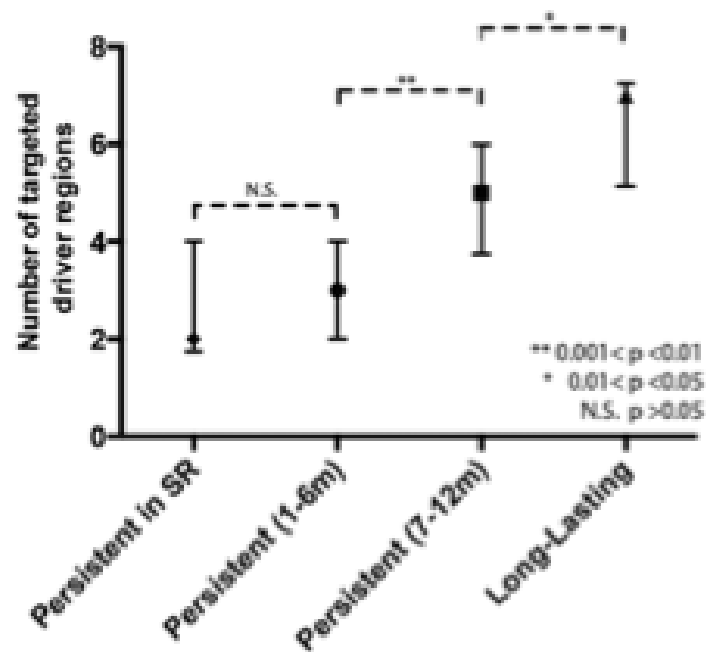


Merci pour votre attention

FIN



“Régions pilotes”



Haisseguerre, Circulation. 2014;130:530-538