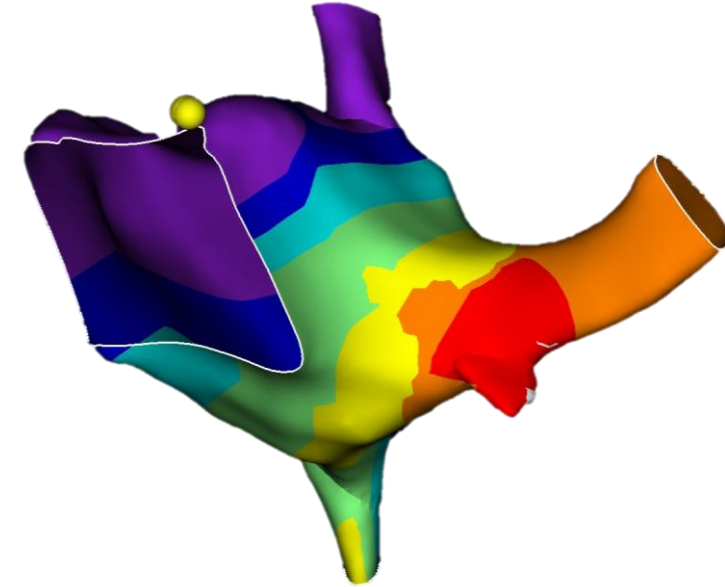




PIÈGES EN 3D

Ablation de TA post-FA : éliminer un flutter commun



**&ELECTRA
RHYTHM**



Dr Mina Ait Said
Dr Charlène Coquard
Dr Laurent Fiorina
Dr Jérôme Horvilleur
Dr Jérôme Lacotte
Dr Vladimir Manenti
Dr Fiorella Salerno
Dr Salem Younsi





Conflits d'intérêt :

Aucun



M. L, 66 ans

Tabagisme sevré, absence de cardiopathie

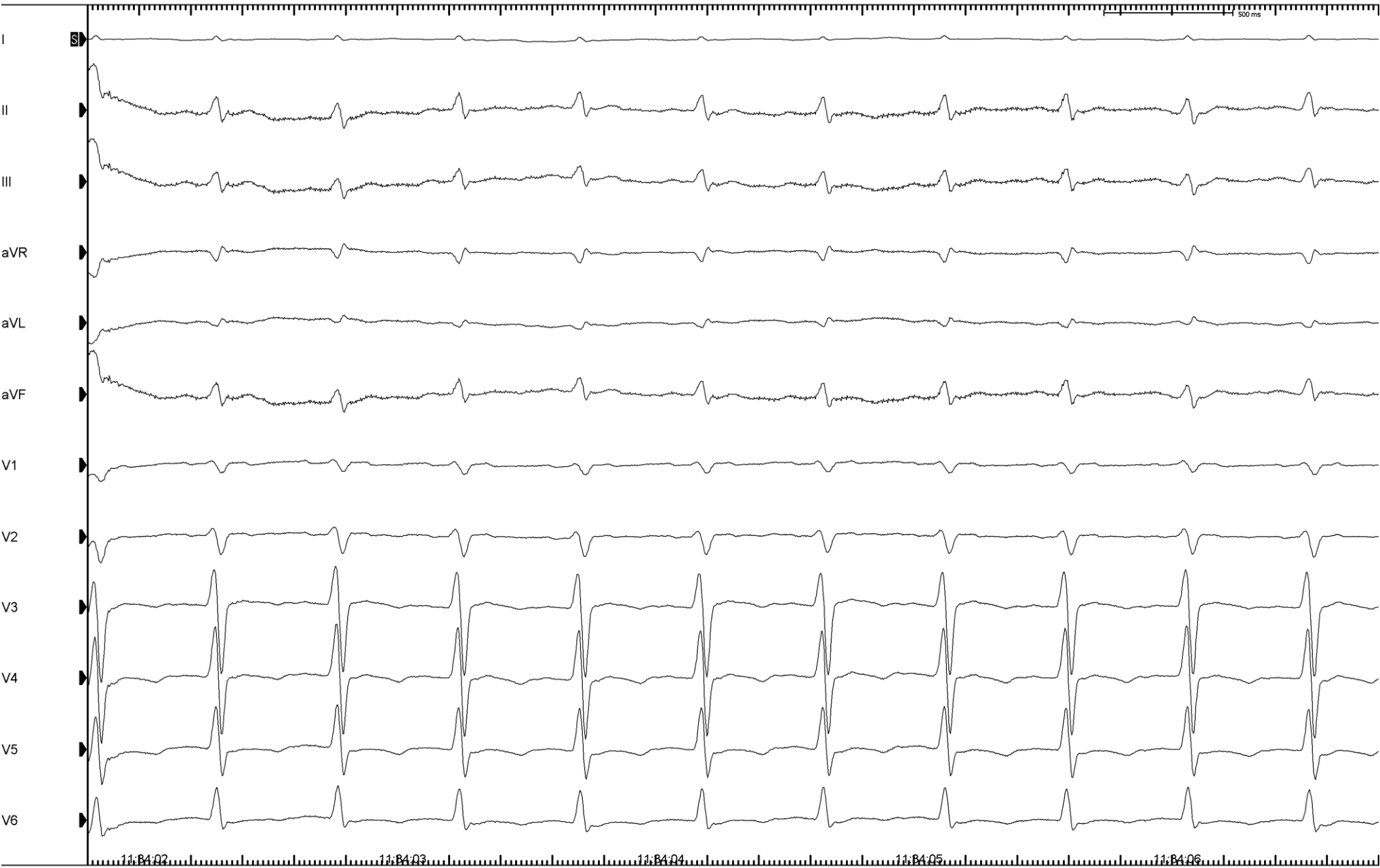
2018 : IVP et ICT

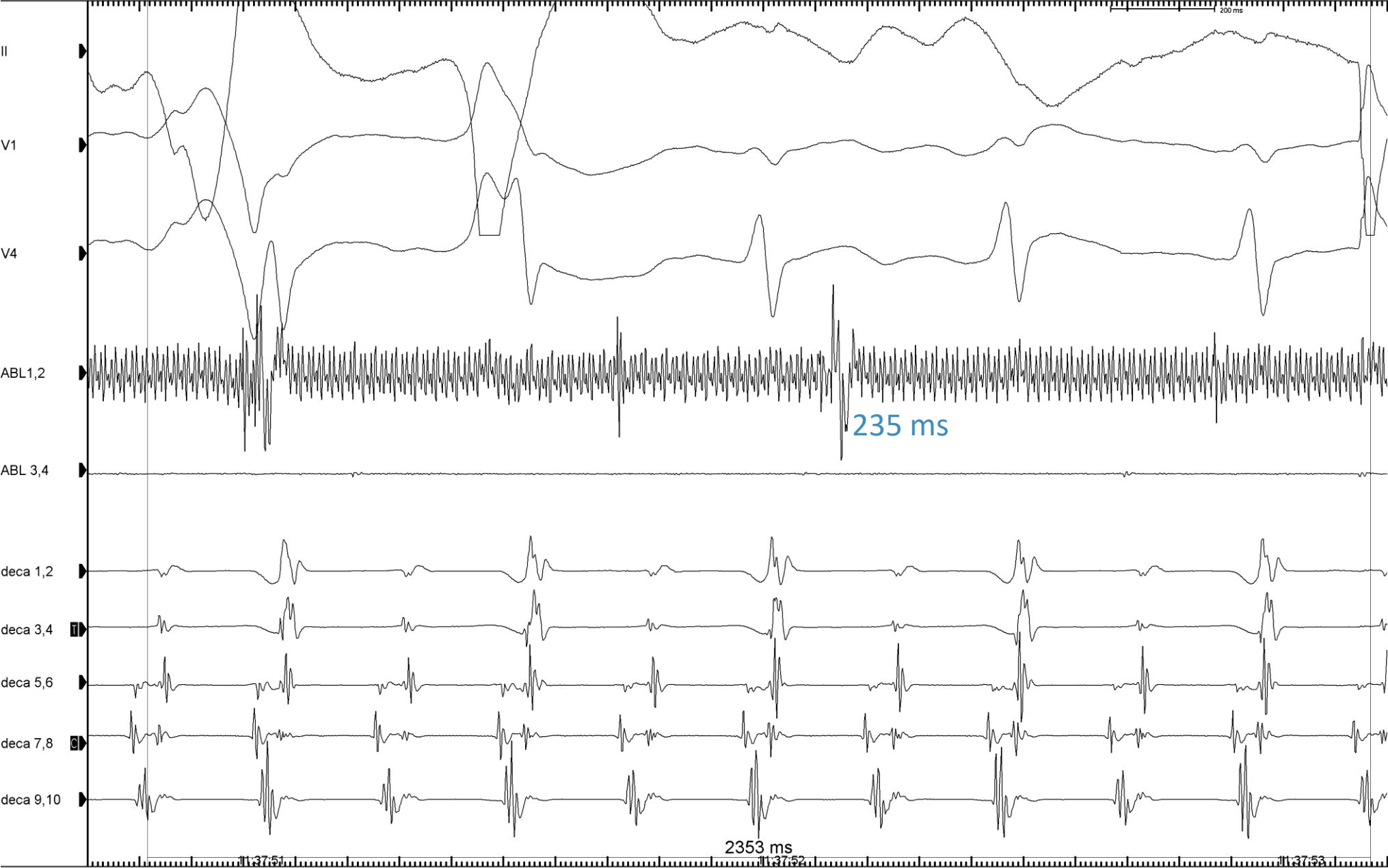
2020 : reprise IVP sur VPSD et VPSG ; gap sur ICT

Récidive de flutter, conduction 2/1 à 120/min

Amiodarone 200, Rivaroxaban 20, Atenolol 100

Transfert pour (première) prise en charge à Massy



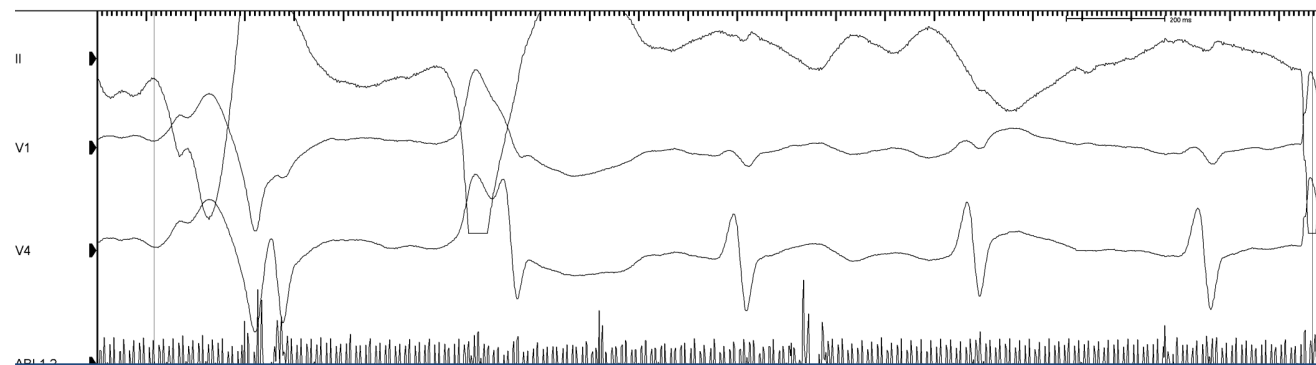
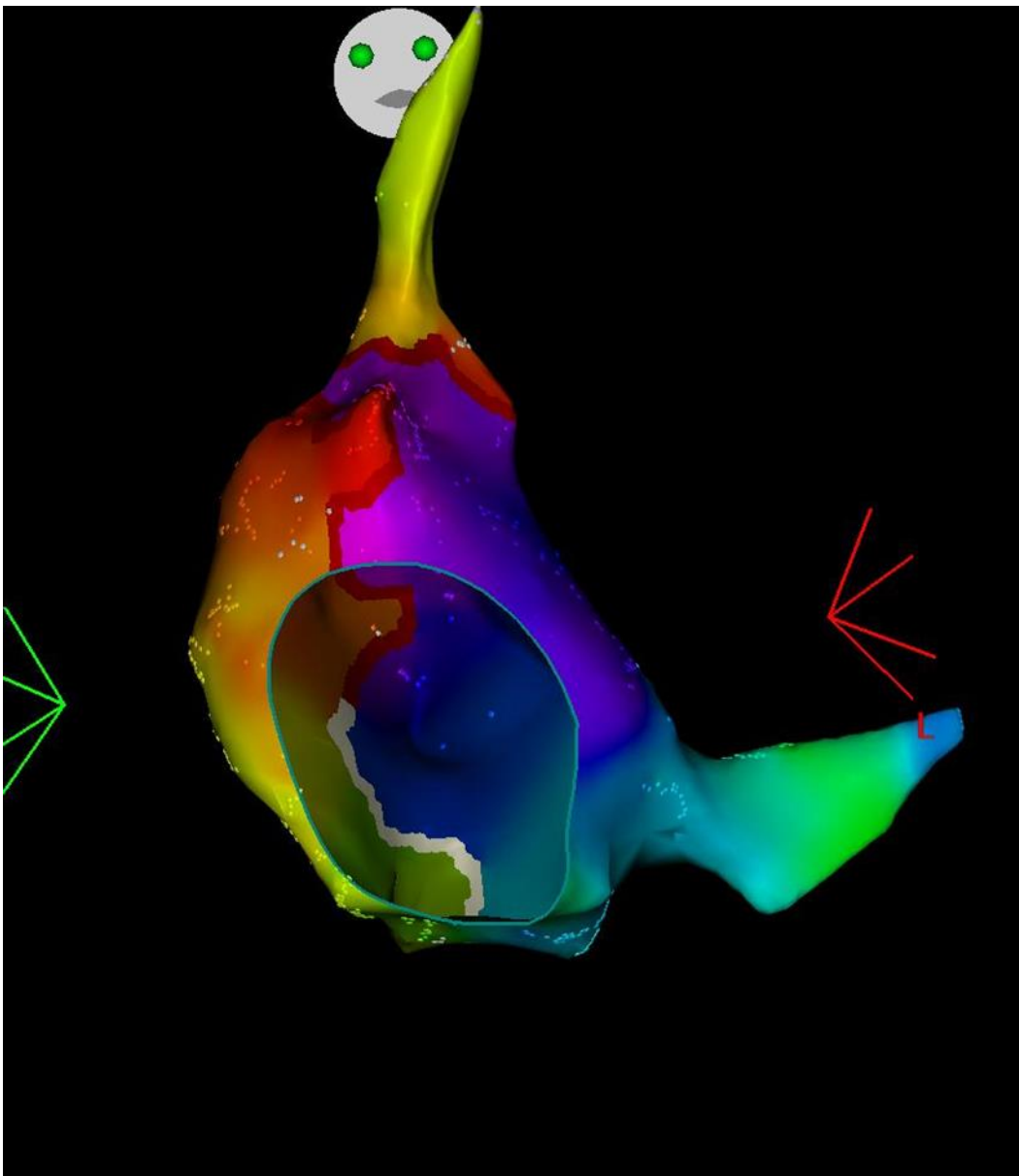




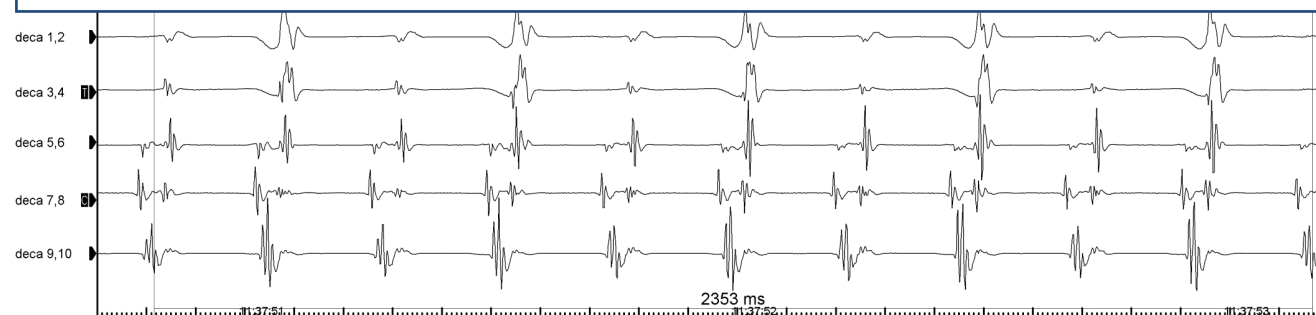
PPI ?

Cartographie ?

Signaux ICT ?



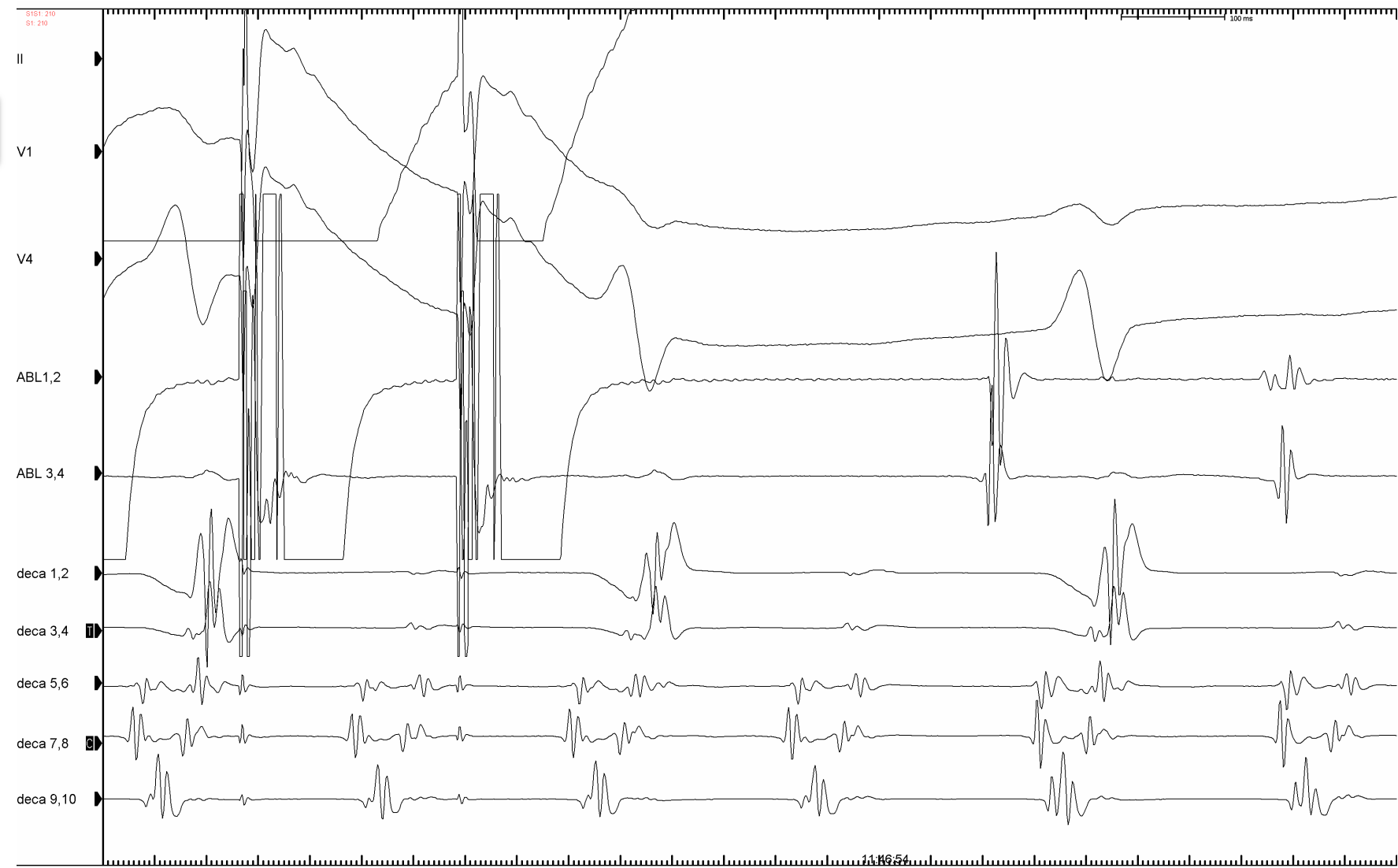
ICT diastolique



Ablation ICT ?

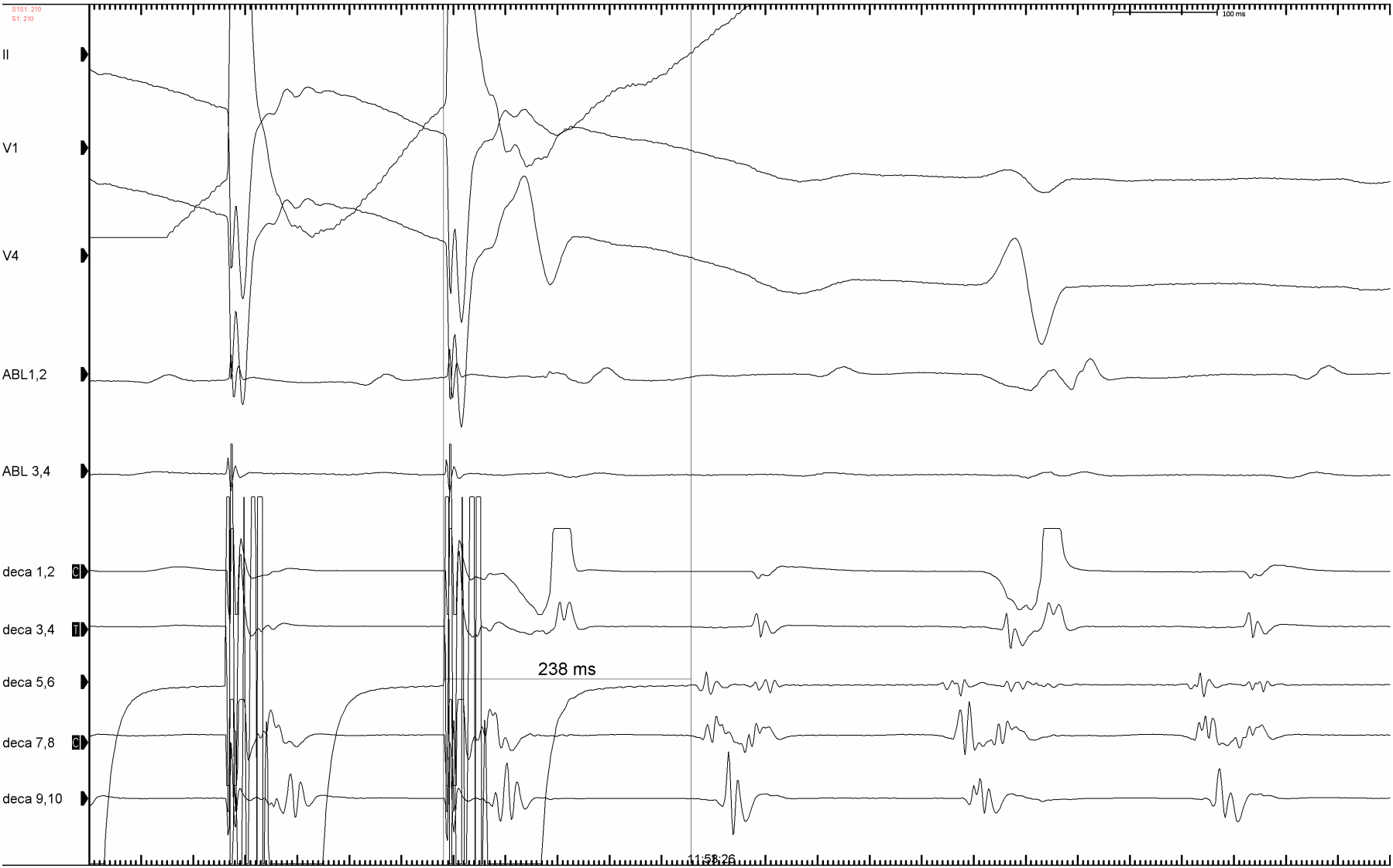


PPI OD LAT





PPI SC moyen

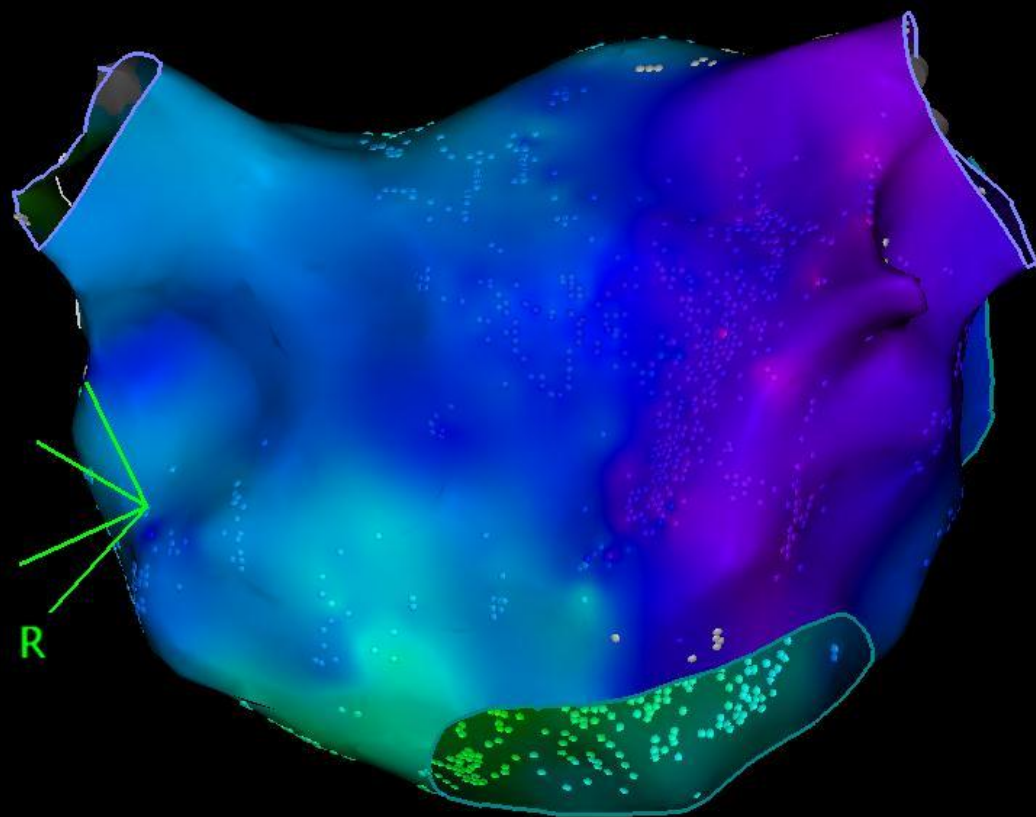
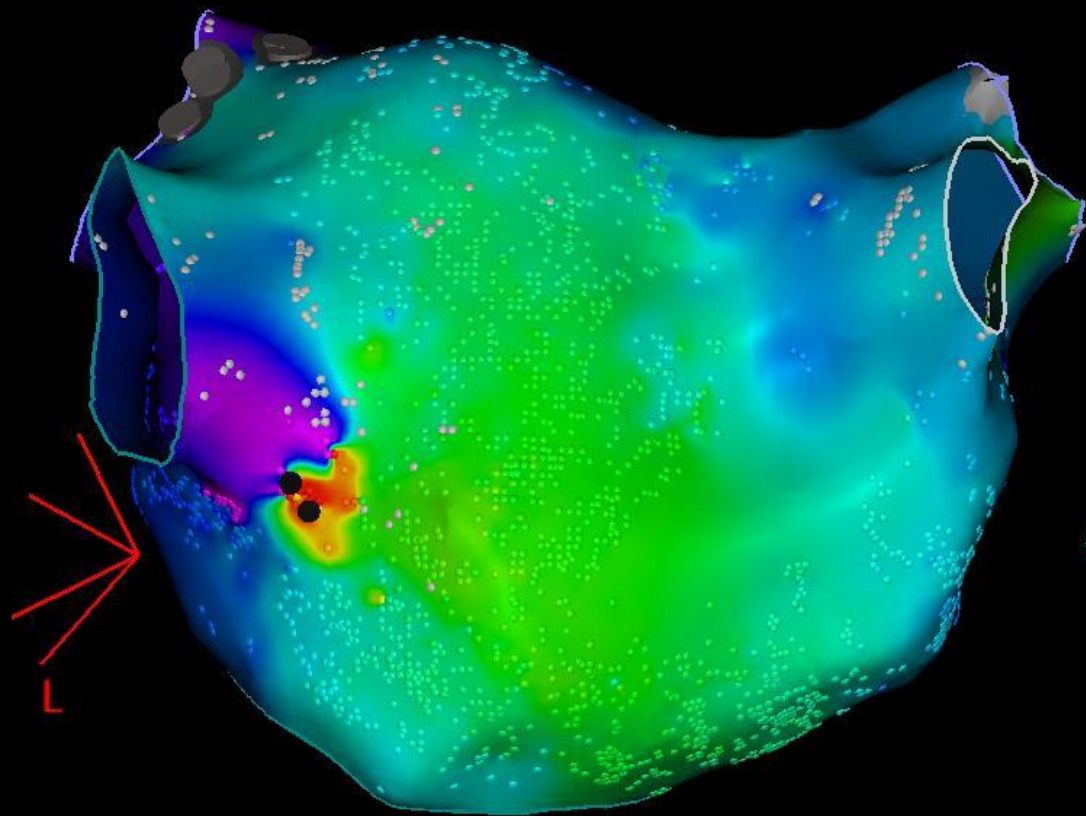


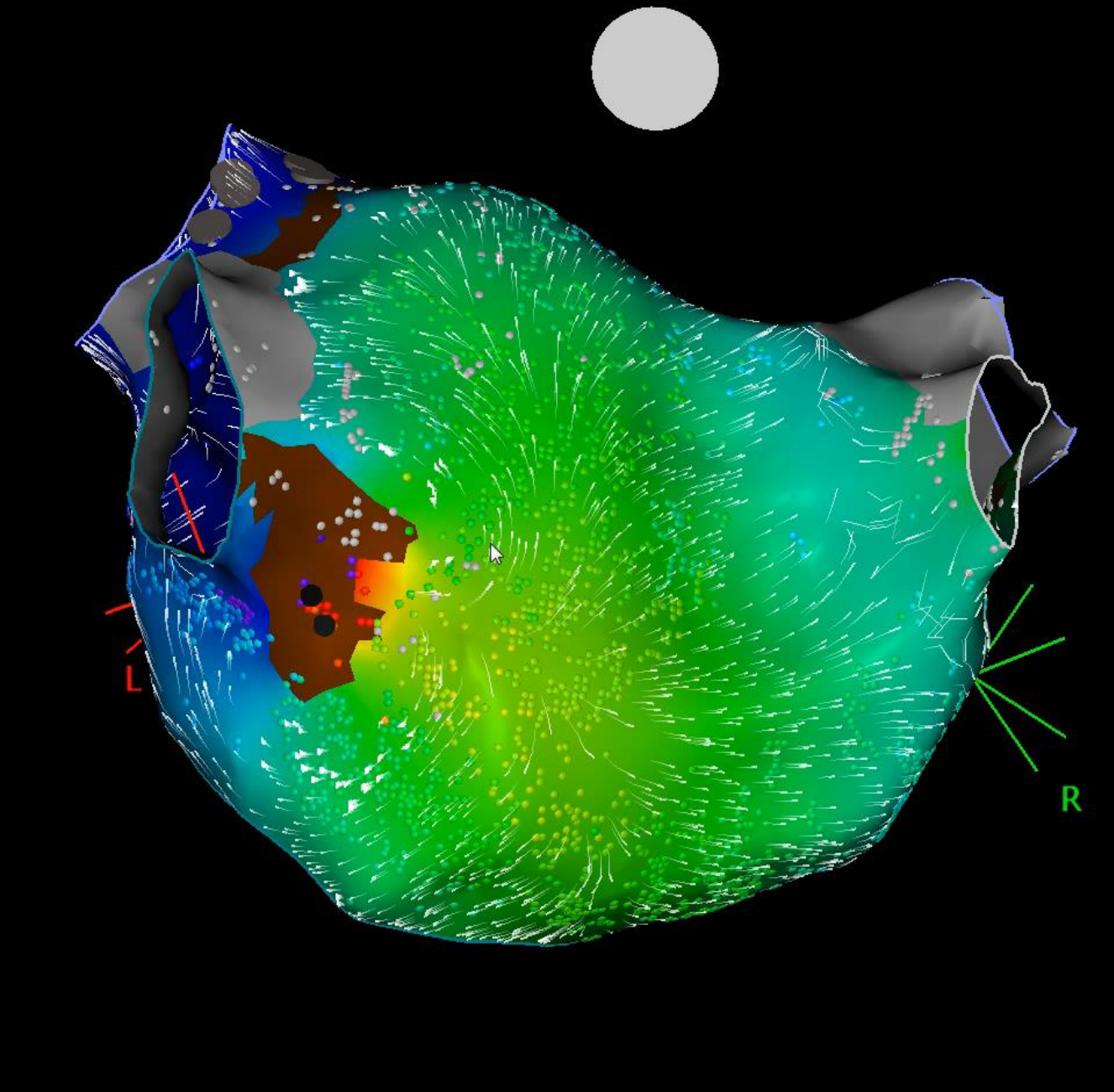


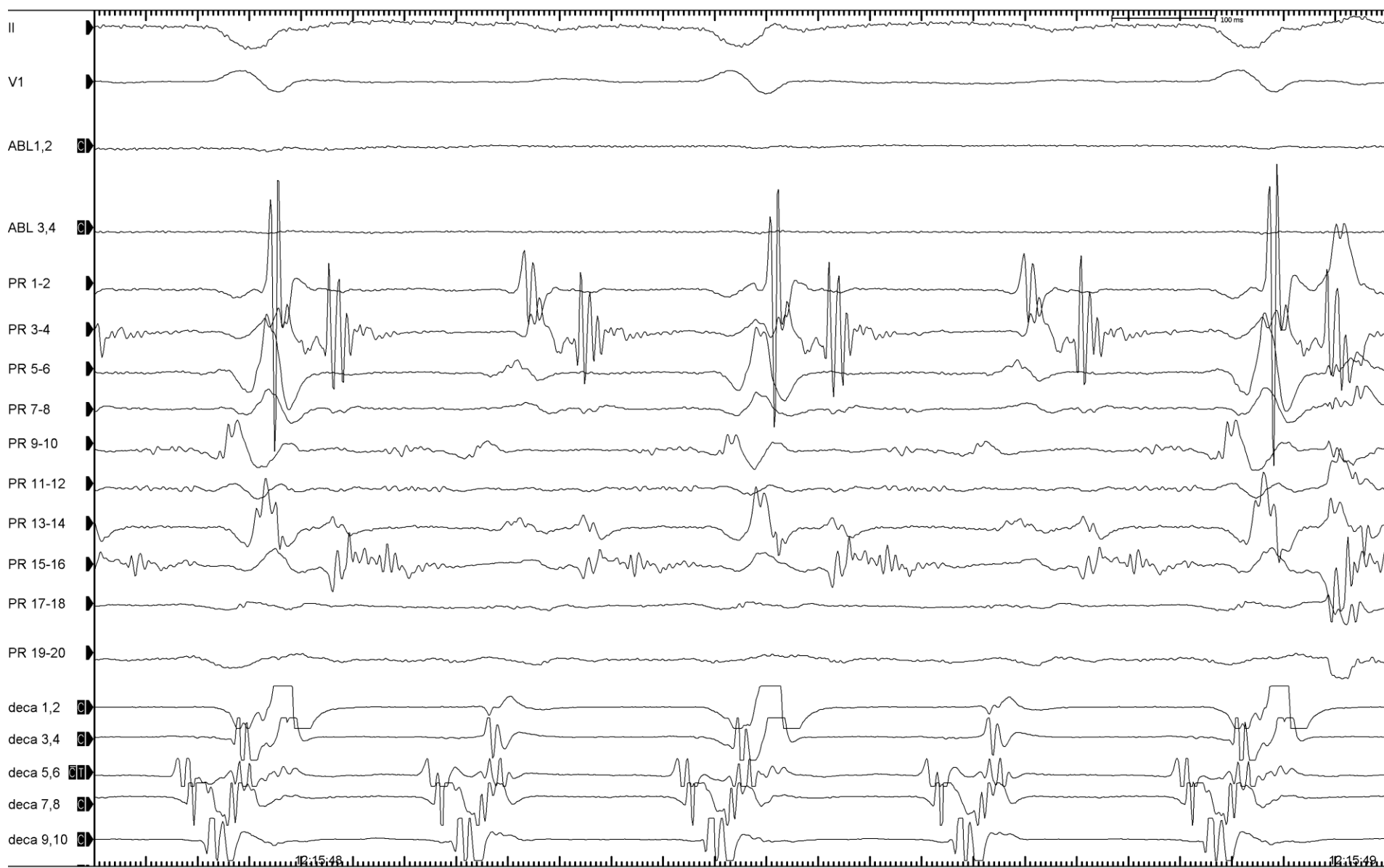
Transseptal...

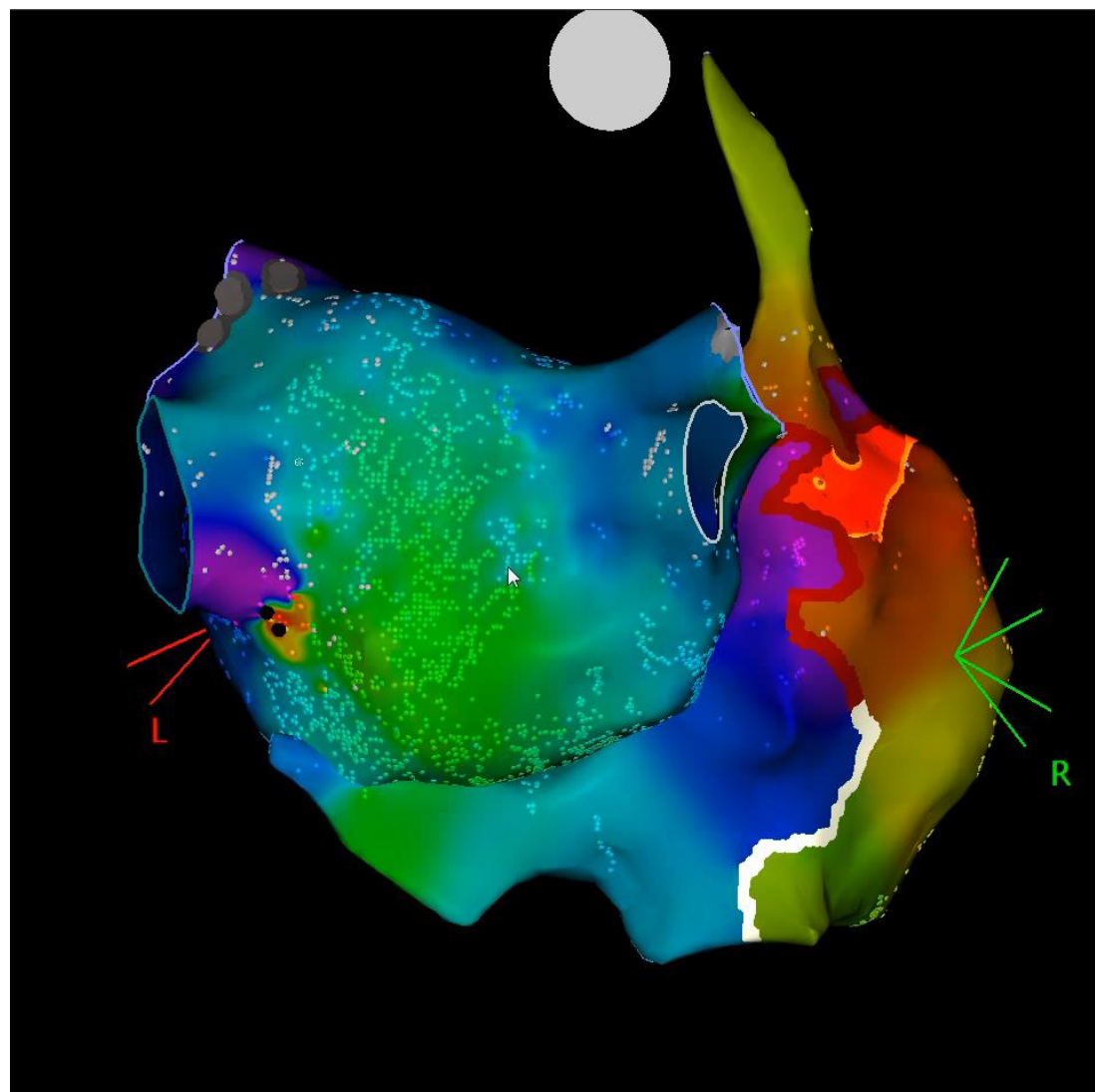
Dr Mina Ait Said
Dr Charlène Coquard
Dr Laurent Fiorina
Dr Jérôme Horvilleur
Dr Jérôme Lacotte
Dr Vladimir Manenti
Dr Fiorella Salerno
Dr Salem Younsi





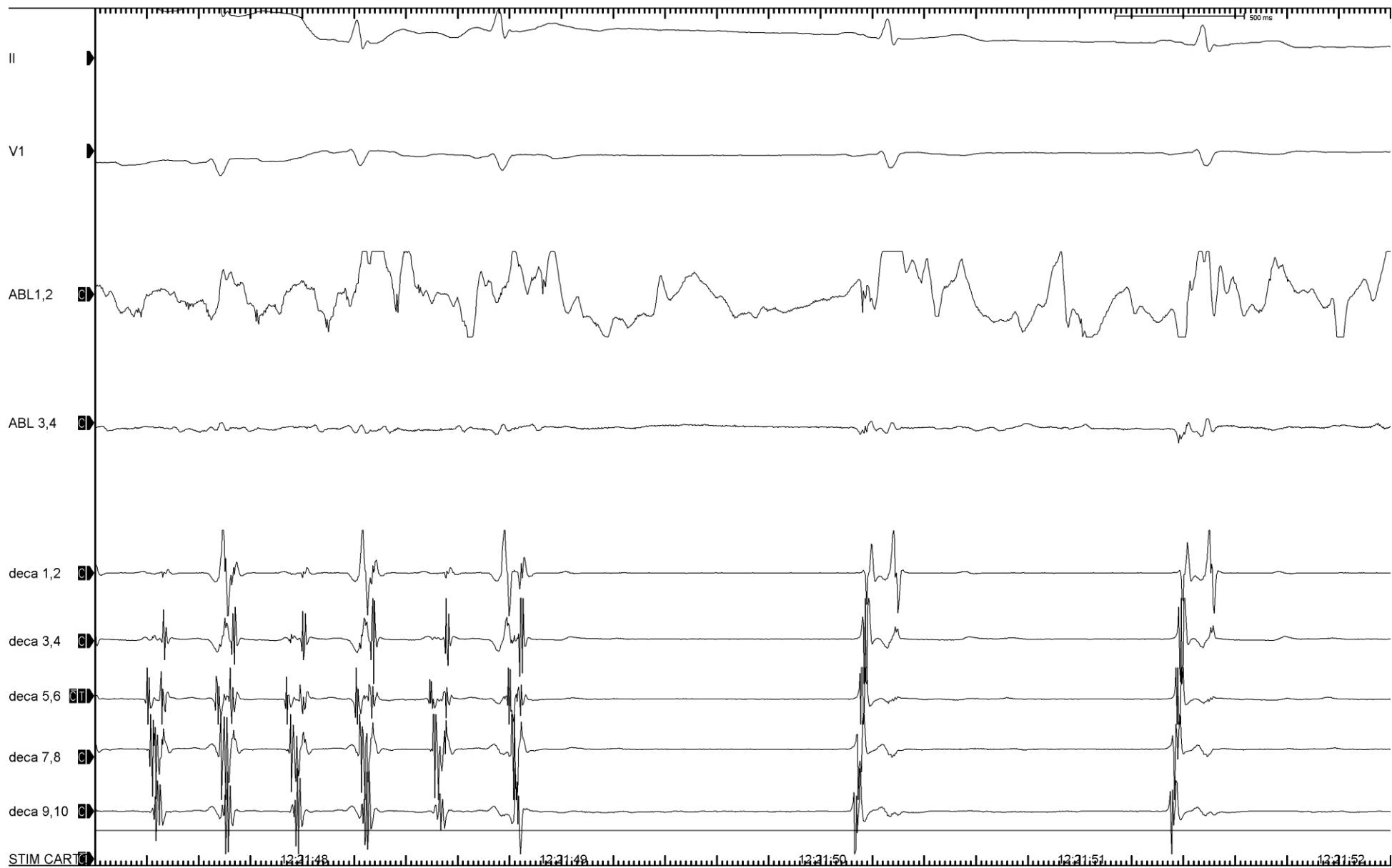


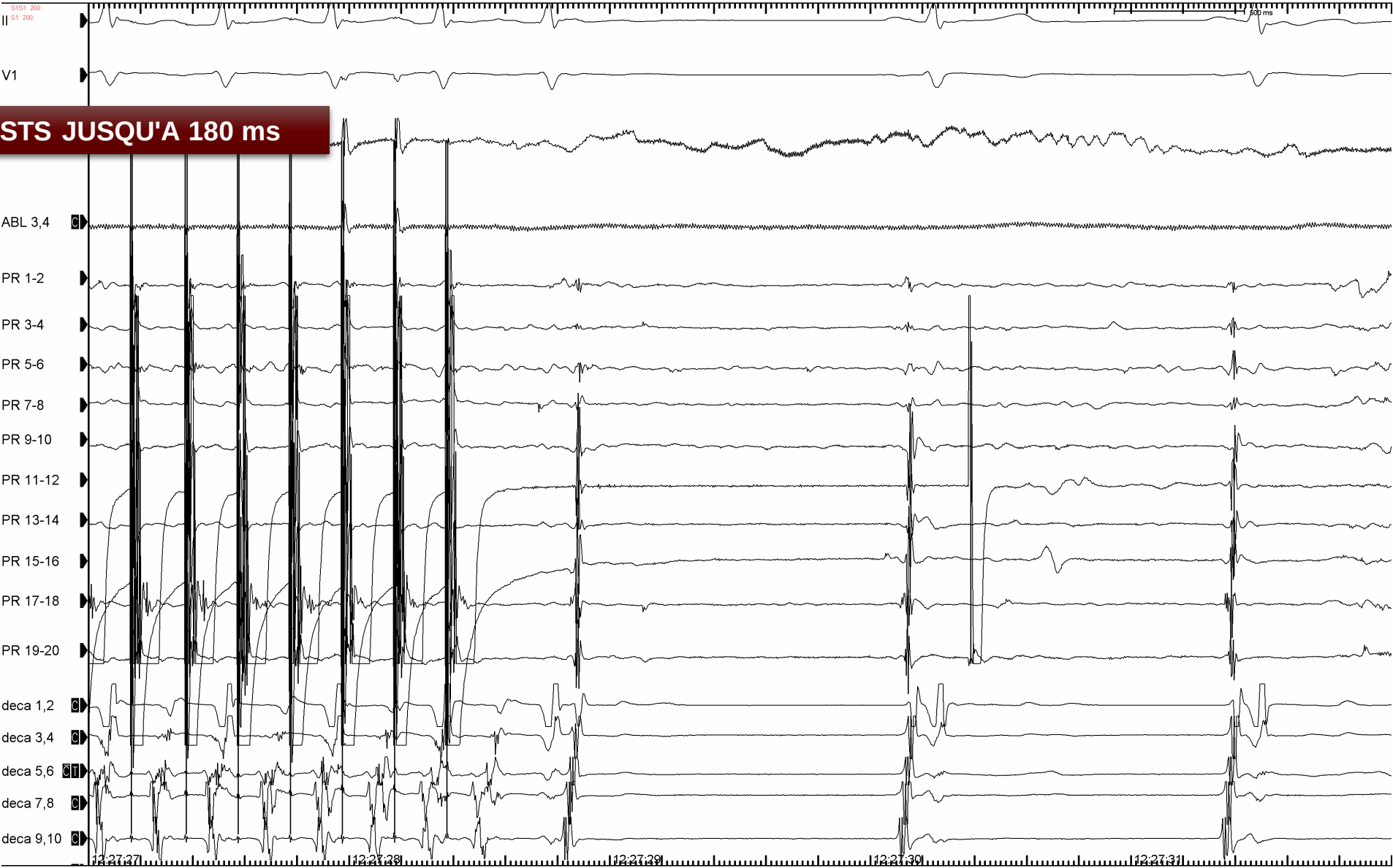




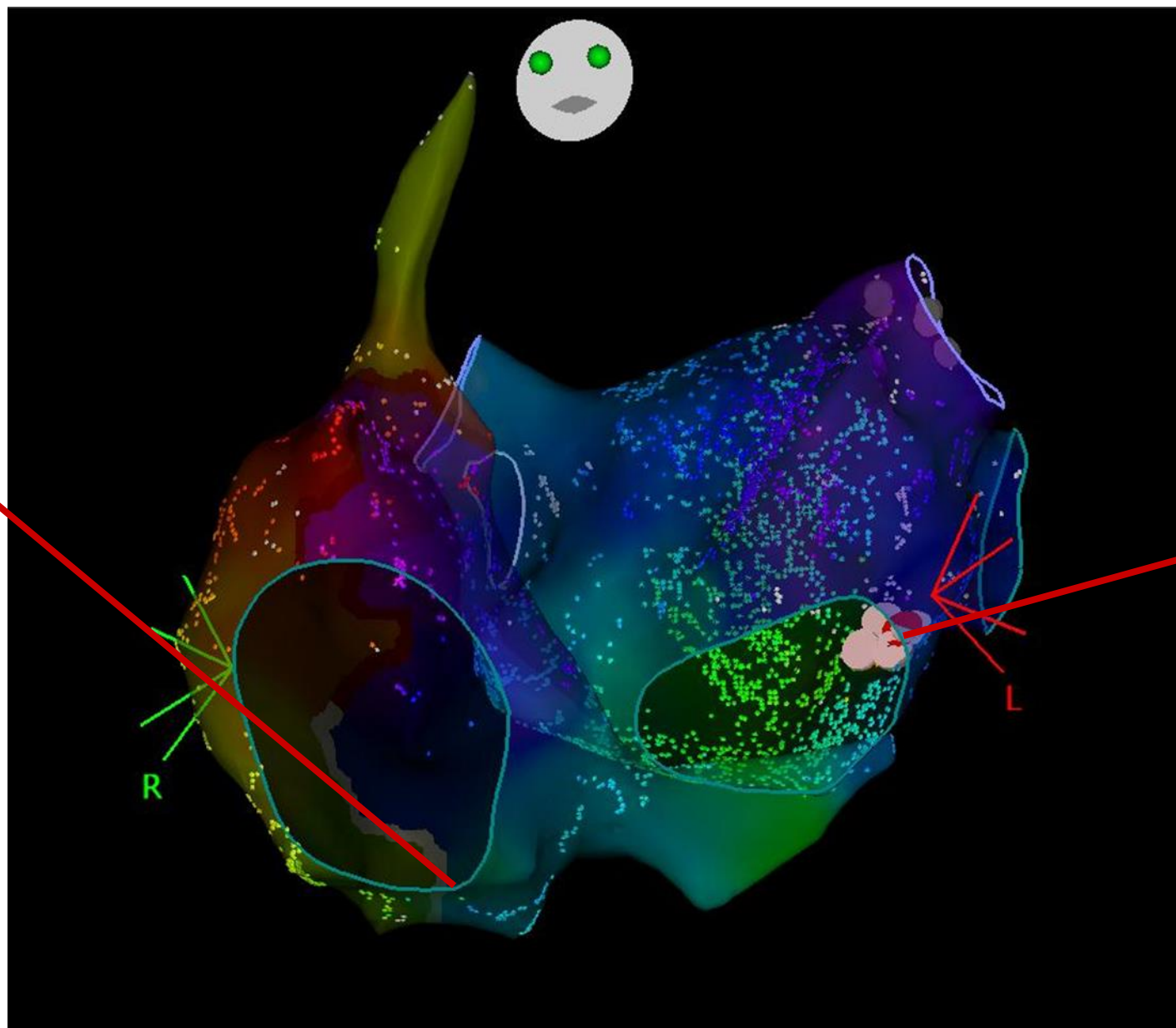


TIR 1

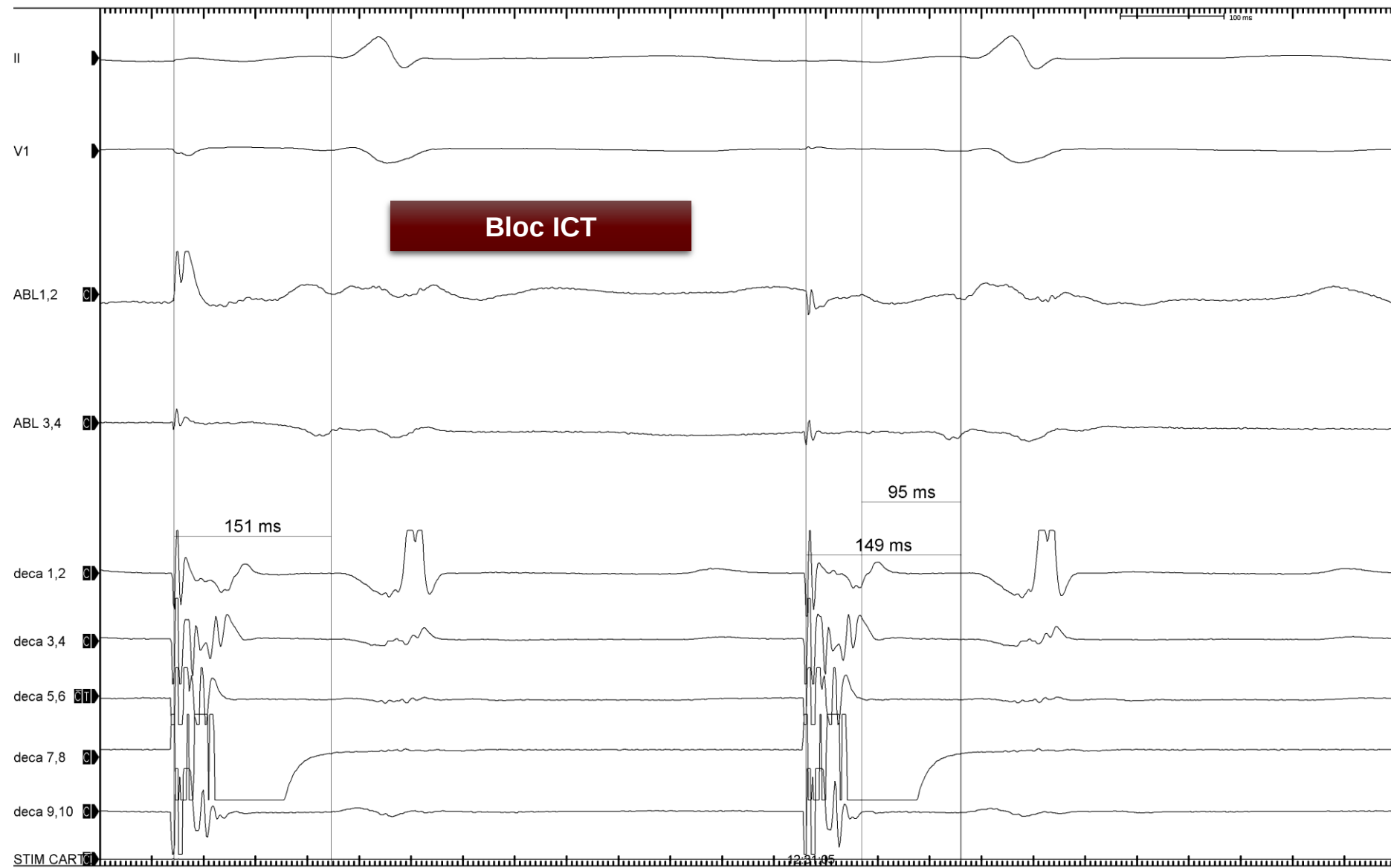




PAS DE TIR !



LES TIRS
97 s - 6 tirs, 40-50 W





Discussion

SC prox->distal : aspécifique, peut même être modifié par conduction SC

Signaux ICT : mid-diastoliques ou systoliques ? Doubles – sup à 110 ? (piège = réentrée intra-isthmique)

PPI : spécifique, sensible, risque dégradation avant la carte ; parfois allongé dans l'isthme critique

Carte : carte d'activation $\neq$ rythmologue ; interpréter avec prudence



Conclusion

Ne pas ablater dans l'ICT sans PPI

Ne pas faire de transseptal et carte G sans diagnostic