



## Fabio Rigamonti

cardiologue FMH

FMH Cardiologie et médecine interne  
Spécialiste en interventions coronariennes et structurales  
Certification européenne (CAS) en insuffisance cardiaque

Ancien médecin adjoint agrégé et  
Ancien médecin consultant des HUG

112 Route de chêne, Bâtiment M  
1224 CHÊNE-BOUGERIES  
T +41 22 305 06 95  
F +41 22 305 06 96  
[secretariat.rigamonti@hirslanden.ch](mailto:secretariat.rigamonti@hirslanden.ch)  
[www.fabiorigamonti.ch](http://www.fabiorigamonti.ch)

# EXPLICATIONS INTERVENTION ALCOOLISATION SEPTALE

## Qu'est-ce que c'est la cardiopathie hypertrophique ?

La cardiopathie hypertrophique (CMH) c'est la maladie du cœur d'origine génétique la plus fréquente touchant 1 / 500 personnes environ. Elle est caractérisée par une hypertrophie (augmentation du volume) du muscle cardiaque en particulier du ventricule gauche qui amène à avoir des troubles du remplissage et de l'éjection du sang depuis le cœur, parfois des souffrances du muscle cardiaque et des régurgitations valvulaires. Tout cela s'exprime chez les patients avec surtout une peine à respirer en particulier à l'effort, des douleurs thoraciques, des palpitations plus ou moins fréquentes et parfois des événements d'évanouissement. En effet ces patients ont une augmentation du risque de trouble du rythme malin (arythmie ventriculaire) aussi bien qu'une réduction de l'éjection du sang depuis le ventricule gauche à cause des parois musculaires épaissies (une obstruction dite dynamique de la chambre de chasse du ventricule gauche) ce phénomène d'obstruction à l'éjection du sang est présent chez environ 80 % des patients et est lié à des symptômes plus importants et au développement d'une insuffisance cardiaque à long terme.

## Intervention non pharmacologique :

Au-delà du traitement médicamenteux standard, dans les cas où l'obstruction à l'éjection du sang est significative, présente au repos aussi bien qu'à l'effort, plusieurs interventions sont proposées afin de réduire voire éliminer cette obstruction. Les interventions visent à une réduction du muscle cardiaque dans la partie septale du ventricule gauche ou bien de l'hypertrophie septale, de l'excursion des feuillets de la valve mitrale, aussi bien que l'amélioration de la contractilité myocardique par l'implantation d'un stimulateur cardiaque. En général ce type d'intervention amène à une amélioration de la dyspnée et des douleurs rétrosternales dans la plupart des cas.

Si une réduction de l'hypertrophie septale par voie chirurgicale est considérée trop invasive ou trop risquée par votre médecin et votre cardiologue, il existe donc des solutions percutanées de type alcoolisation septale et réparation/modification de l'anatomie valvulaire mitrale.

Le choix entre les deux thérapies est dicté par l'anatomie de la valve mitrale aussi bien que l'anatomie du muscle cardiaque et des vaisseaux coronariens.

### **Déroulement de la procédure d'alcoolisation septale :**

La procédure d'alcoolisation septale se déroule en salle de cathétérisme avec le patient endormi au moyen de médicaments (ce que l'on appelle la sédation profonde) avec ou sans intubation, selon l'avis de l'anesthésiste en charge du patient.

Une voie jugulaire veineuse est mise en place sous guidance échocardiographique ce qui permet la mise en place d'un pacemaker provisoire qui serait laissé en place 48 heures pour anticiper des troubles de la conduction électrique cardiaque.

Ensuite la procédure est effectuée par ponction de l'artère du bras droit et gauche afin de permettre la mise en place d'un petit introducteur en plastique et pouvoir ensuite faire passer le cathéter diagnostique (un fin tuyau en matière synthétique) jusqu'au cœur, comme lors de l'examen de coronarographie normal. Au même moment un médicament permettant de bien dilater l'artère du bras, un calcio-antagoniste, ainsi qu'une dose d'héparine selon le poids, sont injectés dans l'artère. Le bon positionnement du cathéter à l'origine des artères coronaires, est ensuite vérifié par l'injection d'une petite dose de produit de contraste.

Ensuite un guide métallique très fin et un ballon de petite taille (1.5 – 2 mm de diamètre) est positionné au niveau de la branche septale au départ de l'artère interventriculaire gauche anatomiquement choisie. Une discrète quantité de produit de contraste est ensuite injectée à travers le petit ballonnet pour permettre au cardiologue qui est entrain d'effectuer l'échocardiographie transœsophagienne de déterminer quelle branche septale est la meilleure pour la procédure. Ensuite une minime quantité d'alcool pur médicamenteux (éthanol) est injecté à travers le ballonnet ce qui provoque une nécrose (infarctus) localisé dans la zone « target » et la partie septale hypertrophiée cause de l'obstruction à l'éjection du sang du ventricule gauche. En temps réel, l'échocardiographie œsophagienne pourra évaluer l'effet local de cette nécrose et exclure l'absence de complications liées à l'injection d'Ethanol.

La procédure à ce moment-là se termine et le patient est ensuite monitoré aux soins intensifs pendant 48 heures afin de pouvoir exclure toutes complications liées au rythme du cœur.

### **Quels sont les avantages liés à la procédure ?**

Le fait d'éviter une intervention cardiaque à cœur ouvert avec une sternotomie et circulation extracorporelle avec les risques associés

Un séjour à l'hôpital beaucoup plus raccourci et un temps de récupération très court.

Un risque diminué de complications au niveau septal de type conflit de communication interventriculaire localisée après myectomie.

### **Quels sont les risques liés à la procédure ?**

Les risques et les problèmes potentiels sont :

- Saignement ou hématome au niveau du point de ponction fémoral droit ou gauche ou au niveau du péricarde (feuillet qui entoure le cœur), moins de 1 % des cas.
- Une insuffisance rénale (moins 4.8% dans les études avec patients déjà en insuffisance rénale)
- Une coagulation anormale, qui peut entraîner la formation de caillots de sang, qui sont libérés dans la circulation sanguine avec AVC (moins de 3% des cas)
- Bloc de la conduction électrique cardiaque normale (environ 10% des cas selon les études) nécessitant la mise en place d'un pacemaker définitif
- Allergies à l'anesthésie ou aux médicaments
- Arythmies ventriculaires
- Décès (entre 0% et 1.5% des cas dans les premières 30 jours et moins de 0,5 % des cas ensuite).

Globalement, le risque de décès pendant et dans les 30 jours après la procédure est entre 0% et 1.5%, et le risque est plus élevée si la fonction cardiaque est très diminuée.

### **Questions :**

Le jour de l'admission vous pouvez poser toutes les questions au médecin de la Clinique des Grangettes Hirslanden qui s'occupe de vous.

Dr Fabio Rigamonti  
Autorisation de pratique AOS