

G R O U P
E · D E ·
S A N T E
C L I N I
F U T U R



CAS CLINIQUE : Fibrillation atriale

**CARDIO
RUN
2023**

**15^{ème} CONGRÈS
DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

27-28-29 SEPTEMBRE 2023

Hôtel Saint Alexis
ILE DE LA REUNION
France

CARDIORUN.ORG

Dr HUCHETTE David, Service Cardiologie Clinique Sainte Clotilde

✓ Homme né en 1950, caucasien, ancien sportif de haut niveau
Consultation systématique en **Septembre 2021** pour bilan cardiovasculaire pour pratique sportive.

✓ **Facteur de risque cardio-vasculaire :**

-Diabétique type 2 depuis 2014

-86kg pour 1m84

✓ **Antécédents :**

-Chirurgie orthopédique au niveaux des épaules pour tendinopathie de la des rotateurs (ancien sportif de haut niveau)

-Epreuve d'effort en 2017 douteuse complétée par échographie à la dobut négative en 2017.

✓ **Traitement :** Janumet 50/1000 mg matin etsoir (Hg Glycquée 6.9%)

✓ **HDM :** Pratique running, velo, natation.

✓ **Examen clinique :** TA 132/88mmHg, FC 70 bpm. Asymptomatique.

✓ **ECG** décrit comme normal

✓ **ETT :** Remodelage concentrique

=> Aptitude confirmée pour pratique sportive

Mesures et calculs modeTM

Diam racine Ao (TM)	3.4 cm
Sép sigm VA	1.5 cm
DIVGd (TM)	5.38 cm
DIVGs (TM)	3.15 cm
OG/Ao (TM)	1.03
FR (TM-Teich)	41.4 %
SIV/PPVG (TM)	0.966
VTS (TM-Teich)	39.4 ml
VE (TM-Teich)	101 ml
IE (TM-Teich)	48.6 ml/m2
VTS (TM-cube)	31.3 ml
FR (TM-cube)	41.4 %
IE (TM-cube)	60.1 ml/m2
Indice masse VG (cube)	122 g/m2

Mesures et calculs Doppler

Vit pic A VM.Vit	72.3 cm/s
Vit Ea lat	8.81 cm/s

Autres mesures et calculs

Vit pic E VM..Peak Velocity	791 mm/s
Vit pic E VM..Doppler Time	113 ms

Echo adulte

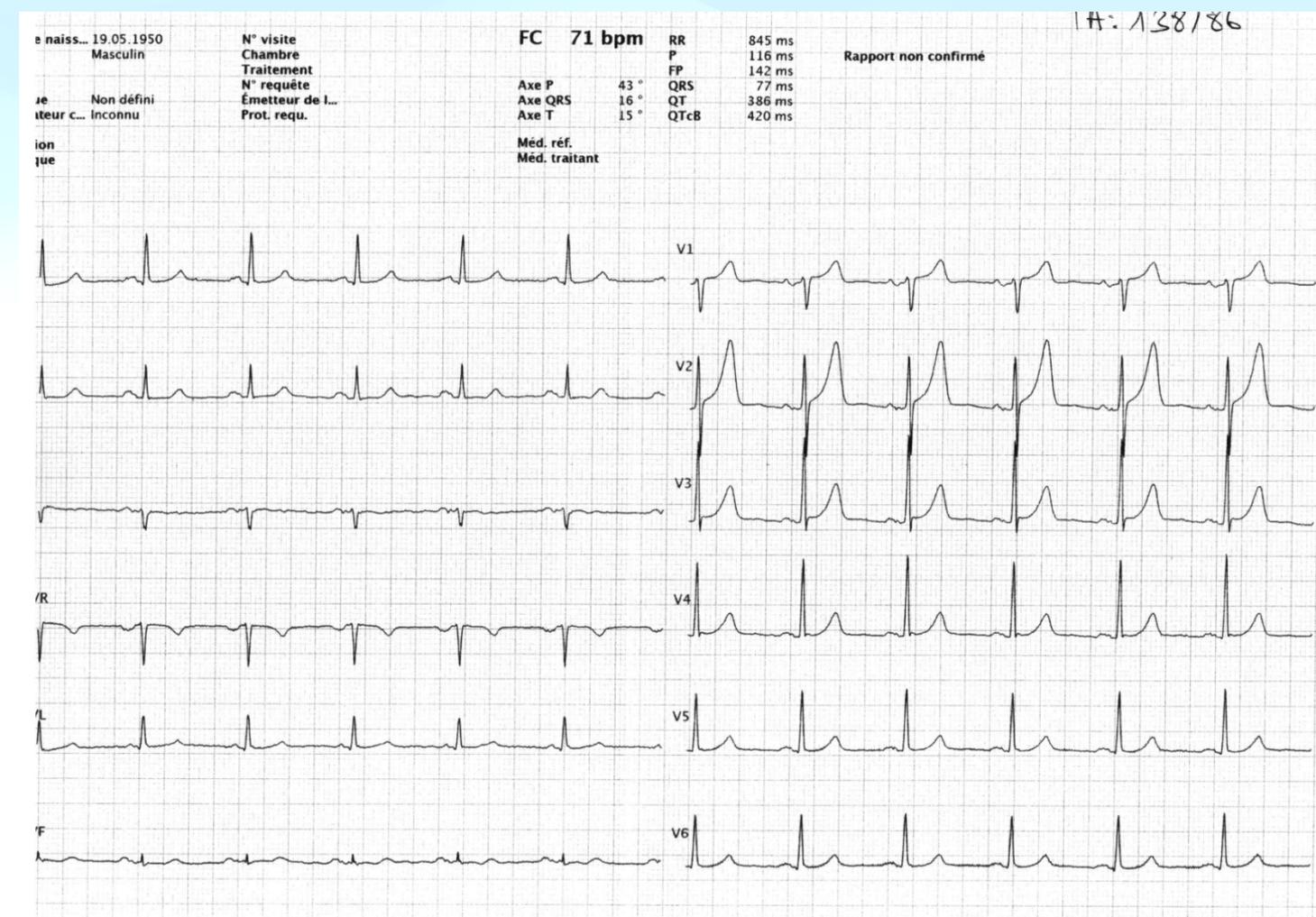
Dimens OG (TM)	3.5 cm
SIVd (TM)	1.15 cm
PPVGd (TM)	1.19 cm
PPVGs (TM)	1.23 cm
VTD (TM-Teich)	140 ml
% SIV (TM)	43.5 %
% PPVG (TM)	3.36 %
SIVs (TM)	1.65 cm
FE (TM-Teich)	71.9 %
VTD (TM-cube)	156 ml
VE (TM-cube)	125 ml
FE (TM-cube)	79.9 %
Masse VG (cube)	254 g

Vit pic A VM.GP	2 mmHg
MCOT	106 ms

Vit pic E VM..Doppler Slope	4610 mm/s2
Vit pic E VM..Max Peak Gradient	3 mmHg

- ✓ Consultation cardiologique en Mai 2022 pour bilan de palpitations paroxystiques.
- ✓ **Traitement** : Janumet 50/1000 mg matin et soir et bisoprolol 2.5mg matin et soir depuis 1 mois.
- ✓ **HDM** :
Palpitations paroxystiques, irrégulières, repos et effort, <1h mais 4 ou 5 épisodes depuis début 2022
- ✓ **Examen clinique** :
TA 137/80mmHg, FC 66bpm. Auscultation normale.
RAS en dehors de palpitations
Mauvaise tolérance des B bloquants : asthénie, Stade 2a NYHA (dyspnée lors de la pratique sportive « se sent limitée »)
- ✓ **ECG** :
sinusal, PR normal, QRS fins, repolarisation normale. Microvoltage D3 et AvL

- => **Biologie, Holter ECG et Epreuve d'effort**
- => **Arrêt b bloquant**



➤ **-Holter ECG 48h (Juin 2022):**

Sinusal avec FC moyenne 64 bpm, Hyperexcitabilité atriale (ESA 1000/24h et quelques Salves mais NS de 4-5 complexes maximum).

➤ **-Epreuve d'effort Juin 2022):**

Bruce accéléré, FC maximal 146 bpm (98% de la FMT), pas d'ischémie, pas de FA détectée

➤ **-Biologie normale :** TSH normale 0.995, BNP à 96

=> Palpitations irrégulières paroxystiques symptomatiques récidivantes (pluri-mensuelles) mais <1h

➤ **On lui propose :**

=> Holter 1 semaine

=> Holter implantable

=> Montre connectée avec ECG

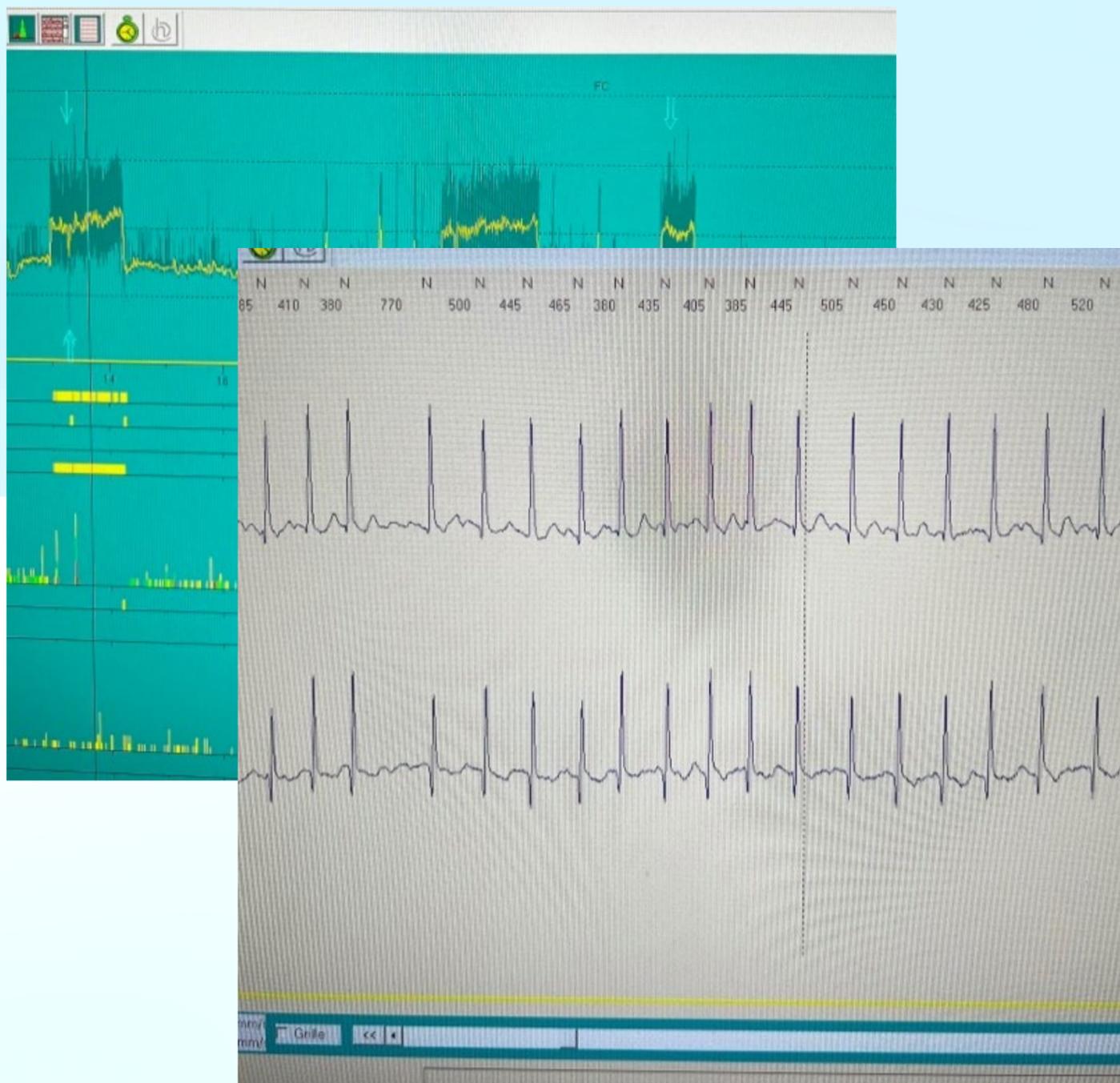
CARDIO
RUN
2023

15^{ème} CONGRÈS
DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE

27-28-29 SEPTEMBRE 2023

Hôtel Saint Alexis
ILE DE LA REUNION
France

CARDIORUN.ORG



Indication(s) :

ECG de base :

Traitement(s) :

Rythme sinusal autour de 60 bpm alternant avec de la FA paroxystique :

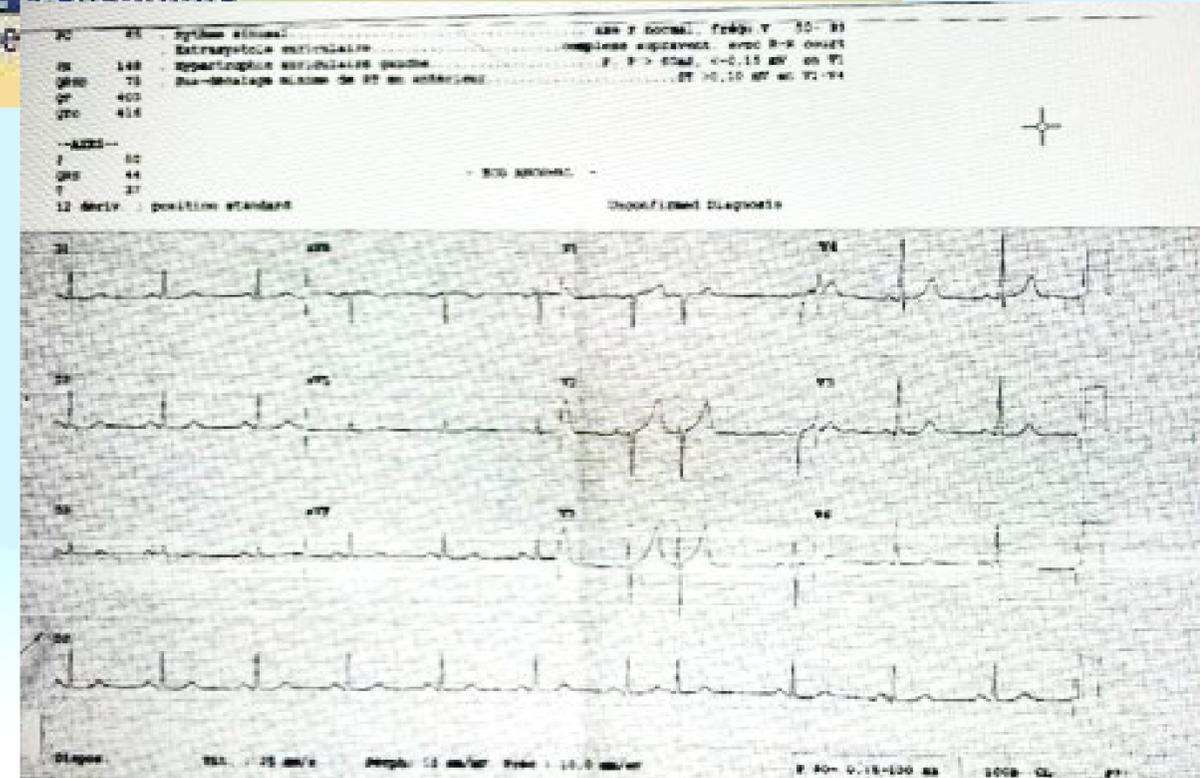
- 13h à 14h

- 20h à 21h

- 23h30 à 0h00

- 8h à 8h30

- FA paroxystique symptomatique sur cœur apparemment sain :
- Consultation de contrôle programmée pour en septembre 2022 pour discuter : AA vs RF FA
- Ne vient pas car est rentré en métropole 4 mois.



➤ **Consultation de Contrôle en Février 2023**

➤ **Traitement** : Janumet 50/1000 mg matin et soir, Eliquis 5mg matin et soir et flécaine LP 150 mg par jour depuis 2 mois

➤ **Examen clinique** :

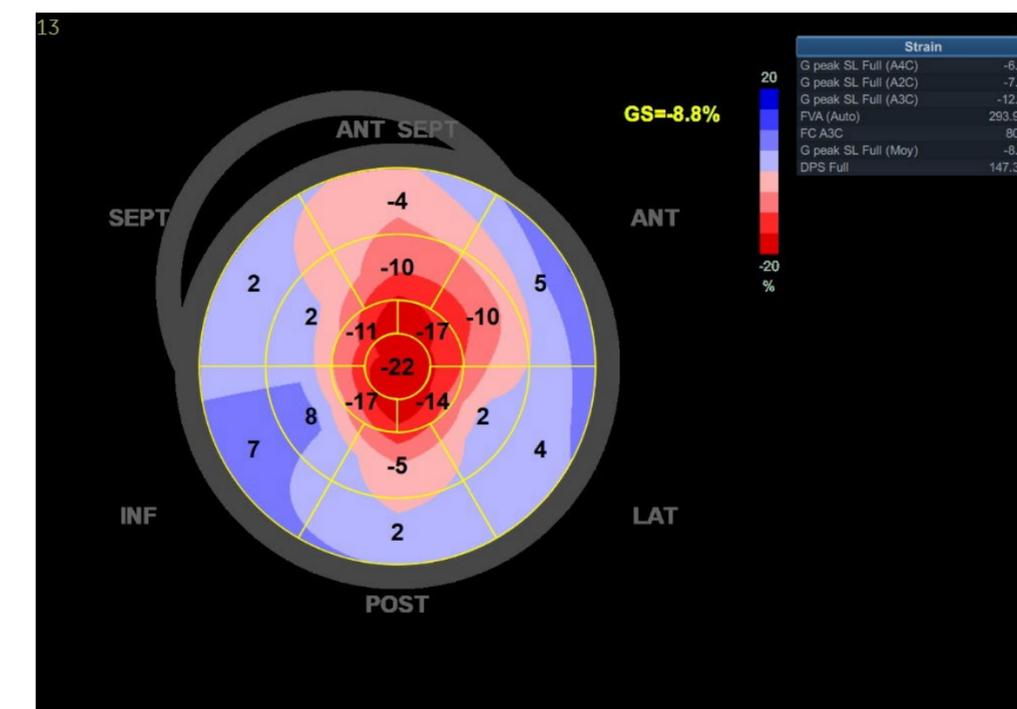
TA 135/80mmHg, FC 61bpm.

➤ **ECG** :

sinusal, PR normal, QRS fins, repolarisation normale. Microvoltage D3 et AvL

➤ **HDM** : Palpitations contrôlées par la flécaine

➤ **Echographie cardiaque** : HVG



- Homme né en 1950, caucasien, ancien sportif de haut niveau
- Consultation systématique en Septembre 2021 pour bilan cardiovasculaire systématique pour pratique sportive :
- Facteur de risque cardio-vasculaire :
 - Diabétique type 2 depuis 2014
 - 86kg pour 1m84,
- Antécédents :
 - Chirurgie orthopédique au niveau des épaules pour
 - tendinopathie de la coiffe des rotateurs (ancien sportif de haut niveau)
 - Epreuve d'effort en 2017 douteuse complétée par échographie à la dobutamine négative en 2017.
- Traitement : Janumet 50/1000 mg matin et soir
- HDM : Pratique
- Examen clinique : TA 132/88mmHg, FC 70 bpm
- ECG décrit comme normal
- ETT : Remodelage concentrique

- => Aptitude confirmée pour pratique sportive

=> Rupture du long biceps

Antécédents :

- Canal carpien droit opéré en 2019
- Canal lombaire étroit S5L1

-IRM cardiaque avec
injection de gadolinium

- HVG concentrique ++
- Rehaussement tardif sous
endocardique diffus
circonférentiel
- Hypertrophie VD
- T1 Mapping augmenté



**HVG :
>13mm**

**CMH
Sarcomérique**

**CMH non
sarcomérique**

- Gradient intra VG
- Asymétrique
- Pas de Signes extra cardiaques
- Pas D'HVD
- Strain longitudinal normal
- IRM : rehaussement tardif en mottes, patchy

- Pas de Gradient intra VG
- Concentrique
- Signes extra cardiaques
- HVD
- Strain longitudinal pathologique : "cocarde"
- IRM : rehaussement circonférentiel diffuse sous endo et meso

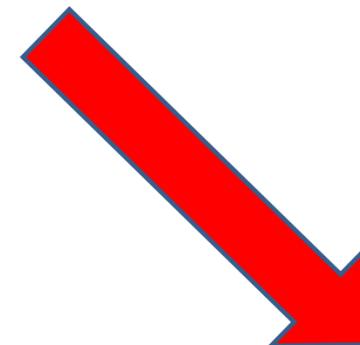
➤ Bilan complémentaire
biologique :

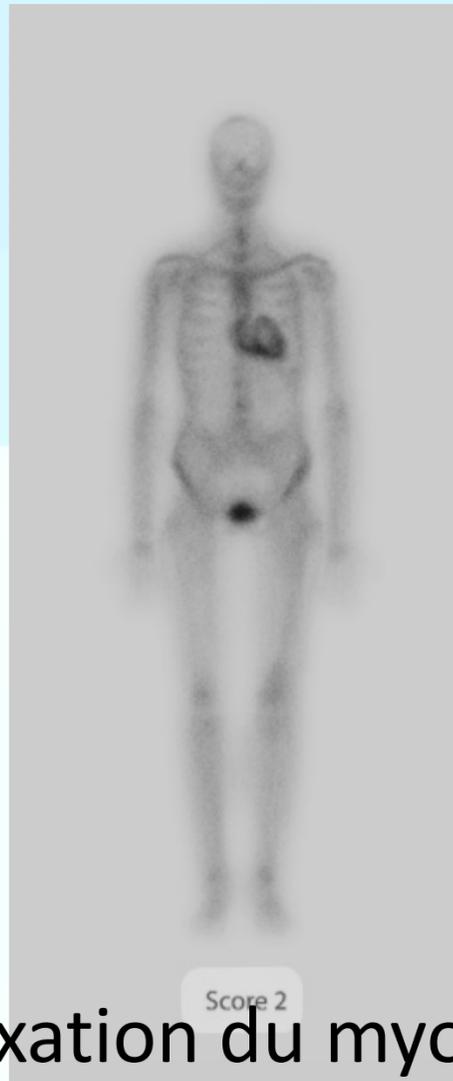
- Ferritinémie, cuprémie
- Electrophorèse des protéines sérique
- Immunofixation
- Proteinurie de bens Jones
- Chaines légères



Bilan immunologique négatif :
EPS : normal
IEP : normal
Protéinurie de Bens Jones négatif

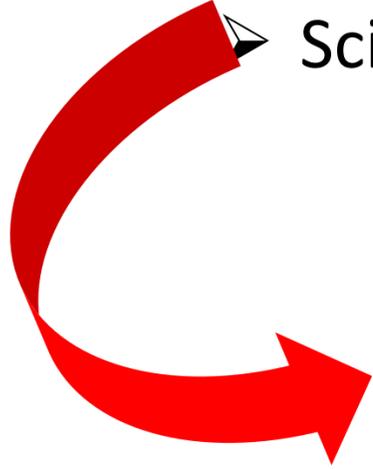
➤ Scintigraphie osseuse





Hyperfixation du myocarde
Score de Pérugini : stade 2-3

- Signes extra cardiaques
- HVG échographique avec strain « en cocarde »
- Rehaussement tardif sous endocardique circonférentiel en IRM
- Bilan immunologique négatif
- Scintigraphie osseuse stade 2-3



AMYLOSE ATTR

**CARDIO
RUN
2023**

**15^{ème} CONGRÈS
DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

27-28-29 SEPTEMBRE 2023

Hôtel Saint Alexis
ILE DE LA REUNION
France

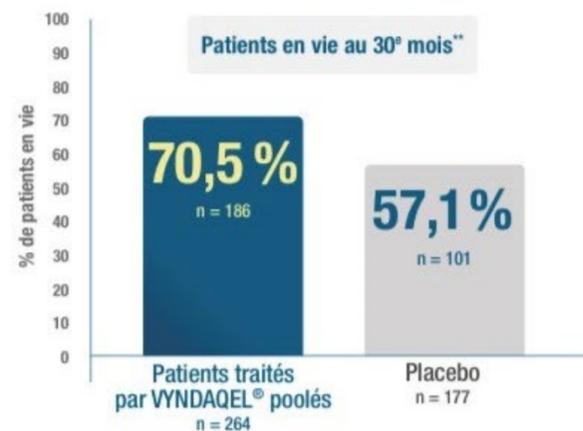
CARDIORUN.ORG

- Consultation de contrôle avril 2023
- Annonce du diagnostic Amylose vraisemblablement TTR
- BGSA programmée : Diagnostic d'Amylose TTR confirmé
- Adressée en génétique pour TTR Génétique ou sauvage
- Traitement par TAFAMADIS 61 mg introduit.
- FA contrôlée par Flécaine
- Refus de RF par le patient

Étude ATTR-ACT

VYNDAQEL® a réduit significativement la combinaison de causes confondues et des hospitalisations d'origine

Analyse principale
Critère principal composite^{3*}

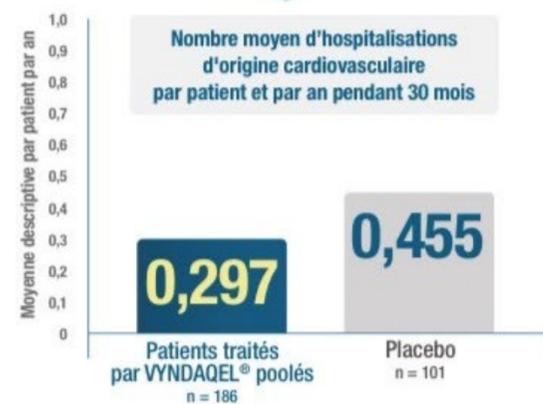


Le win ratio est de 1,695
(p = 0,0006, IC95% [1,255 ; 2,289])
en faveur de tafamidis sur le critère principal^{3*}

Résultats d'efficacité

réduction hiérarchique de la mortalité toutes cardiovasculaires sur 30 mois (p = 0,0006)³

SUR LES 287 PATIENTS EN VIE AU 30^e MOIS



VYNDAQEL® doit être ajouté à la prise en charge thérapeutique standard des patients atteints d'amylose cardiaque à transthyrétine¹.



Étude ATTR-ACT

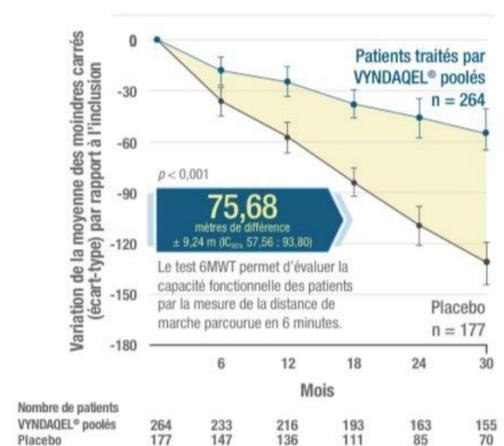
Étude ATTR-ACT

Les effets du traitement VYNDAQEL® se sont révélés sur la capacité fonctionnelle et la qualité de vie^{1,3}

Analyse secondaire
Critères secondaires clés³

Capacité fonctionnelle : variation de la distance parcourue lors du test 6MWT au 30^{ème} mois

Variation de la distance parcourue lors du test 6MWT au 30^e mois par rapport à l'inclusion

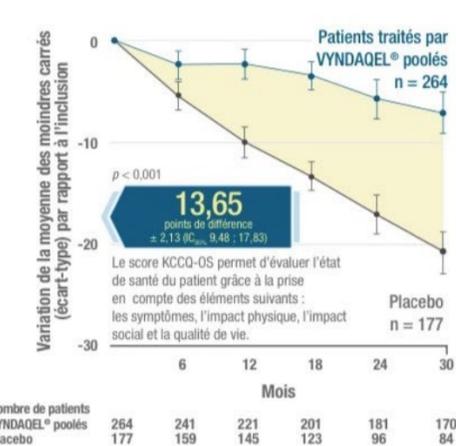


Résultats d'efficacité

significatifs par rapport au placebo à 30 mois

Qualité de vie : variation du score KCCQ-OS au 30^{ème} mois

Variation du score KCCQ-OS au 30^e mois par rapport à l'inclusion



Les effets de VYNDAQEL® ont été observés pour la première fois à 6 mois et sont restés constants jusqu'au 30^e mois, à la fois sur la distance parcourue lors du 6MWT et sur le score KCCQ-OS³.

Étude ATTR-ACT

- Consultation en urgence en septembre 2023 pour palpitations persistantes depuis 4 jours avec Stade NYHA 3
- Hospitalisé pour CEE sous ETO (patient sous éliquis 5 mg matin et soir) : Pas de trombi : Sinusal après 1 CEE 150J
- NYHA 1-2 , BNP 96.
- ETT inchangé
- Arrêt Flécaine => Amiodarone en attente d'ablation par RF



Save

Email

Send to

Sort by:

Best match



Display options



MY NCBI FILTERS

383 results



Page

1

of 39



RESULTS BY YEAR



1964

2023

TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE



1

Cite

Share

2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.

Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, Deswal A, Drazner MH, Dunlay SM, Evers LR, Fang JC, Fedson SE, Fonarow GC, Hayek SS, Hernandez AF, Khazanie P, Kittleson MM, Lee CS, Link MS, Milano CA, Nwacheta LC, Sandhu AT, Stevenson LW, Vardeny O, Vest AR, Yancy CW. *Circulation*. 2022 May 3;145(18):e895-e1032. doi: 10.1161/CIR.0000000000001063. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35363499 [Free article](#). [Review](#).



2

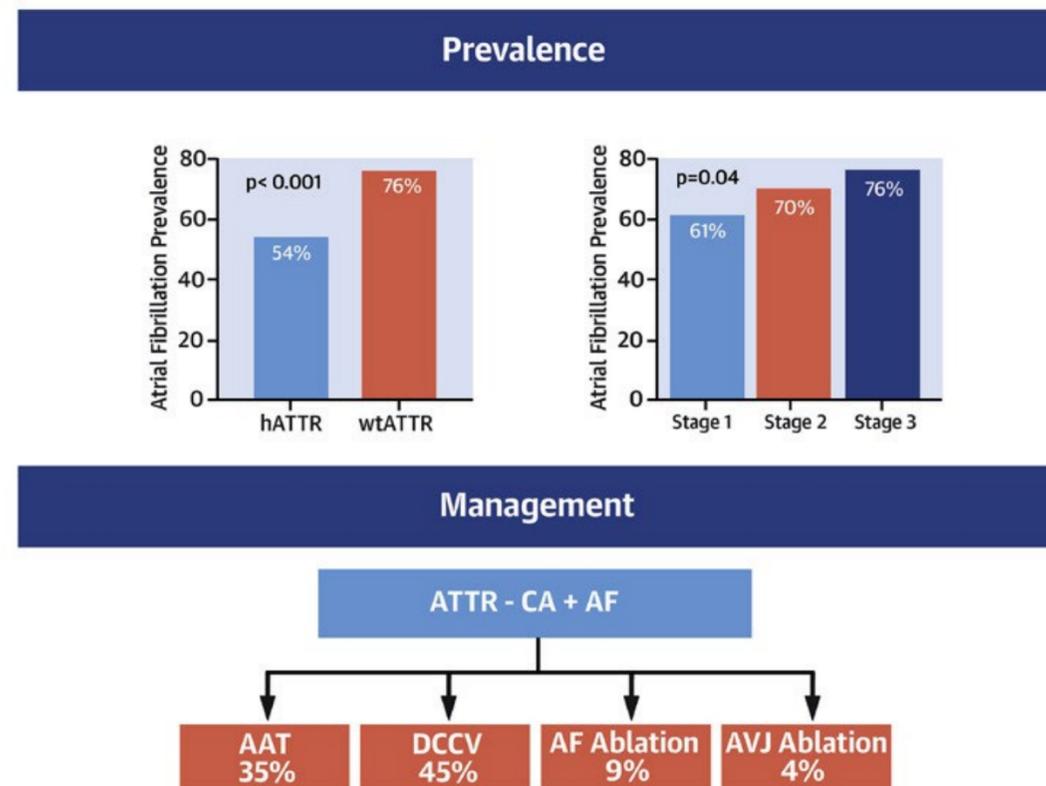
Cite

Share

2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.

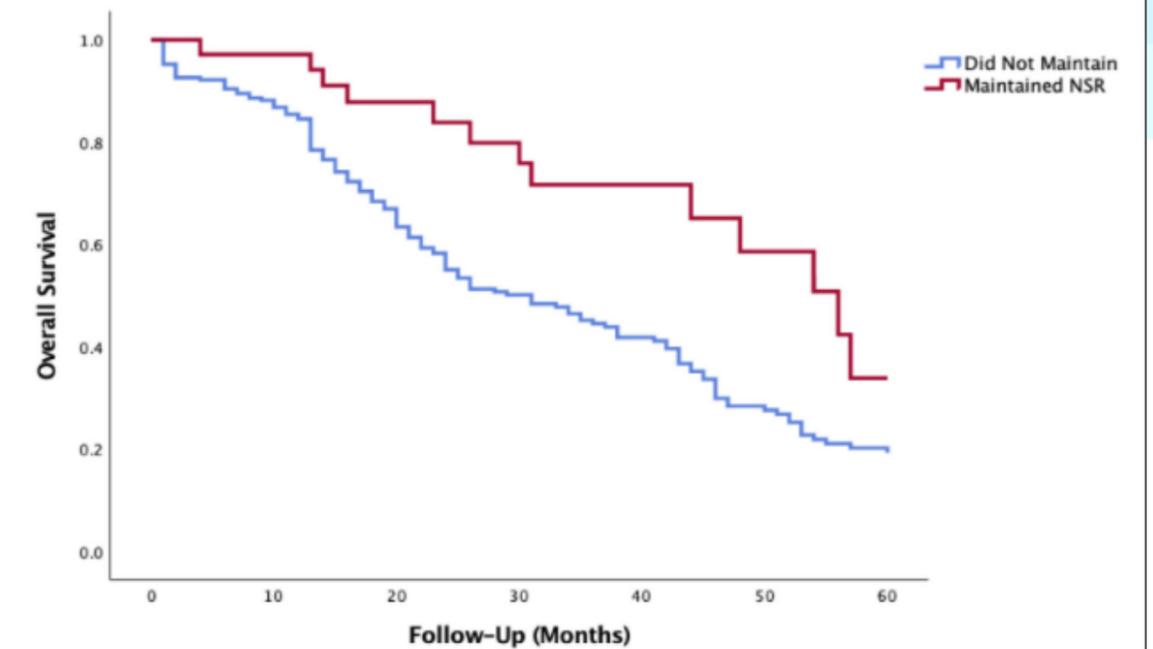
Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, Deswal A, Drazner MH, Dunlay SM, Evers LR, Fang JC, Fedson SE, Fonarow GC, Hayek SS, Hernandez AF, Khazanie P, Kittleson MM, Lee CS, Link MS, Milano CA, Nwacheta LC, Sandhu AT, Stevenson LW, Vardeny O, Vest AR, Yancy CW. *Circulation*. 2022 May 3;145(18):e876-e894. doi: 10.1161/CIR.0000000000001063. Epub 2022 Apr 1.

CENTRAL ILLUSTRATION: Survival in Patients With Atrial Fibrillation Compared With Those Without Atrial Fibrillation



Donnellan, E. et al. J Am Coll Cardiol EP. 2020;6(9):1118-27.

FIGURE 2 Impact of Maintaining NSR on Survival



Did Not Maintain NSR	230	192	125	86	59	35	21
Maintained NSR	35	34	22	19	11	9	4

Death occurred in 43% of patients who maintained NSR throughout the study follow-up compared with 69% of those who did not (*p* = 0.003). NSR = normal sinus rhythm.

**CARDIO
RUN
2023**

**15^{ème} CONGRÈS
DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

27-28-29 SEPTEMBRE 2023

Hôtel Saint Alexis
ILE DE LA REUNION
France

CARDIORUN.ORG

Fibrillation atriale

**HTA
Diabète
Obésité
SAS
Coronaropathie
Cardiopathie sous jacente**

AMYLOSE ATTR

=> y penser quand :

**-HVG avec Strain
pathologique**

-Signes extra cardiaques

AMYLOSE ATTR et FA

- FA et amylose fréquent (2) : Y penser ++
- Maintien d'un rythme sinusal
- Anticoagulation curative quelque-soit le CHADS
- Thrombi fréquents (1) : ETO systématique
=>13 à 28%
- Pas de B bloquant +++
- 13% des patients pour hospitalisés pour décompensation à FEVG préservée
- 16% des patients bénéficiant d'une chirurgie valvulaire aortique ou d'un TAVI
- Entre 50 et 70% de FA chez patient atteint d'une amylose
- % chez les patients ayant une FA avec HVG : ?

(1) El Ham JACC 2019.

(2) Donnellan, J Am Coll Cardiol 2020

(3) Meta analyse de Van Den Berg Eur Heart J 2019.

**CARDIO
RUN
2023**

**15^{ème} CONGRÈS
DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

27-28-29 SEPTEMBRE 2023

Hôtel Saint Alexis
ILE DE LA REUNION
France

CARDIORUN.ORG

MERCI de votre ATTENTION

Cardiomyopathy phenotype	Finding	Cardiac CMR examples	Specific diseases to be considered
HCM	Posterolateral LGE and concentric LVH Low native T1		Anderson–Fabry disease
	Diffuse subendocardial LGE, high native T1		Amyloidosis
	Patchy mid-wall in hypertrophied areas		Sarcomeric HCM
DCM	Short T2*		Haemochromatosis
	Subepicardial LGE		Post-myocarditis
	Lateral wall epicardial LGE		Dystrophinopathy
	Subepicardial and midwall LGE at basal septum +/- extension into inferolateral wall and RV insertion points		Sarcoidosis
	Apical transmural LGE		Chagas disease
NDLVC	Ring-like and/or subepicardial LGE pattern		DSP variants FLNC variants DES variants
	Septal mid-wall LGE		Laminopathy
ARVC	Fat and LGE (transmural RV plus sub-epicardial-midmural LV free wall)		Desmosomal variants
RCM	Partial LV or RV apical obliteration + LGE at endocardial level		EMF/hypereosinophilia



