

Compte-rendu

Fermeture de l'auricule gauche lors d'une chirurgie cardiaque chez les patients avec fibrillation auriculaire, une nouvelle mesure pour prévenir des risques emboliques en plus de l'anticoagulation !

Mots-clés

Fibrillation Auriculaire , Fermeture Auricule , LAAOS III

Left Atrial Appendage Occlusion during Cardiac Surgery to Prevent Stroke.

R. P. Whitlock et al., NEJM, 03.06.2021

[DOI : 10.1056/NEJMoa2101897](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101897)

Introduction

La fermeture percutanée de l'auricule gauche est une option envisagée chez les patient.e.s connu.e.s pour une fibrillation auriculaire (FA) pour diminuer le risque cardio-embolique lors d'une contre-indication à l'anticoagulation. Il arrive que les patient.e.s avec FA requièrent une prise en charge de chirurgie cardiaque, ce qui ouvre la possibilité d'effectuer une fermeture chirurgicale facilitée de l'auricule en peropératoire.

Cette étude randomisée en double aveugle a cherché à déterminer si une telle intervention permettait de réduire les événements cardio-emboliques en plus du traitement standard avec une anticoagulation.

Méthode

Etude LAAOS III, multicentrique, randomisée 1:1 en double aveugle (seul l'opérateur au courant du bras interventionnel mais patient et autres soignants aveugles). Critères d'inclusion : >18 ans, FA avec CHADS-VASC ≥ 2 , opération de chirurgie cardiaque prévue sous CEC. Critères d'exclusion : chirurgie à cœur battant, implantation de valve mécanique, transplantation cardiaque, chirurgie cardiaque complexe (cardiopathie congénitale), implantation d'assistance ventriculaire gauche, patients avec fermeture de l'auricule déjà effectuée. Outcomes primaires : AVC ischémique, embole systémique durant le suivi. Outcomes secondaires : AVC de tous types, embole systémique, mortalité à 30 jours et globale, complications post-opératoires (volume de drainage pleural 24h post-op, reprise chirurgicale pour saignement dans les 48h), hospitalisations pour insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, saignement majeur.

Résultats

> 4800 patients avec 2379 patients dans le bras interventionnel et 2391 patients dans le bras contrôle, âge moyen 71 ans et 67.5% d'hommes. Suivi moyen de 3.8 ans. Temps de clampage de l'aorte à peine augmenté dans le bras interventionnel (86 vs. 82 minutes) de même que le temps de CEC (119 vs. 113 minutes). Pas plus de complications post-opératoires (saignements) et mortalité similaire à 30 jours (3.7 vs. 4%). Compliance à l'anticoagulation similaire dans les 2 groupes (82% à la sortie de l'hôpital, 79% à 1 an et 76% à 3 ans). Outcomes primaires : AVC ou embole systémique chez 114 patients (4.8%) dans le groupe interventionnel contre 168 patients (7%) dans le groupe

contrôle (HR 0.67, 95% CI, 0.53–0.85, P=0.001). Outcomes secondaires : moins d'AVC dans le groupe interventionnel (4.6% vs 6.9%, HZ 0.66, CI 0.52–0.84). Pas de différence en terme de mortalité (22.6 vs 22.5%), d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, de saignement majeur ou d'infarctus.

Discussion

Conclusion

La fermeture de l'auricule lors d'une chirurgie cardiaque chez des patients connus pour une FA **diminue le risque d'AVC** en plus de l'anticoagulation avec **un NNT de 37 patients pour prévenir un AVC sur 5 ans**.

Date de publication	Auteurs
05.07.2021	