

DAI au-delà de la fraction d'éjection :

Les indications de défibrillateur implantable à connaître dans la **cardiomyopathie dilatée**

Le Collège National des Cardiologues des Hôpitaux s'efforce tout au long de l'année de partager avec vous les nouveautés en cardiologie.



Avec le soutien institutionnel de

Medtronic

Le défibrillateur reste un outil de prévention de la mort subite dans les différentes cardiomyopathies. Les recommandations ESC 2023 sur les cardiomyopathies ont été publiées en 2023 et traitées lors du dernier congrès du CNCH. Au-delà de la fraction d'éjection certaines indications méritent d'être connues.

Ces recommandations viennent compléter celles de 2023 sur la mort subite, insistant sur la stratification du risque nécessaire pour l'indication à la pose d'un défibrillateur, avec des stratégies différentes selon le phénotype de la cardiomyopathie.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

En cas d'insuffisance cardiaque, les recommandations publiées en 2021, et mises à jour en 2023, indiquent les thérapeutiques impactant le pronostic, notamment les 4 traitements (IEC ou association ARA2-ARNI, bêtabloquants, spironolactone et inhibiteurs de SGLT2). La resynchronisation doit être discutée chez les patients ayant des stigmates de désynchronisation avec des QRS larges.

PREVENTION SECONDAIRE

Le défibrillateur garde son indication en prévention secondaire (class IB) après un arrêt cardiaque par tachycardie ou fibrillation ventriculaire responsable de syncope ou d'instabilité hémodynamique en absence de cause réversible. Le DAI doit être envisagé si tachycardie ventriculaire sans instabilité hémodynamique en l'absence de causes réversibles.

PREVENTION PRIMAIRE

Le défibrillateur est indiqué en classe IIa en cas de fraction d'éjection inférieure ou égale à 35% malgré le traitement médical.

LES NOUVEAUX OUTILS : L'APPORT DE LA GENETIQUE ET DE L'IRM

Dans les cohortes récente, des variants génétiques causaux sont présents chez 40 % des patients atteints de cardiomyopathie dilatée.

La découverte d'un variant génétique causal chez un patient atteint de cardiomyopathie dilatée permet de mieux prédire l'évolution de la maladie, de contribuer aux indications d'implantation de DAI, d'éclairer le conseil génétique et de permettre un dépistage familial pour les proches.

Certains variants sont à risque accru de mort subite et une IRM cardiaque doit être envisagée chez les parents même si la fonction ventriculaire gauche est normale.

Génotypes à haut risque et facteurs prédictifs de mort subite selon l'ESC

Gène	Taux annuel de MSC	Prédicteurs de MSC
LMNA	5 - 10 %	Risque estimé de 5 ans d'arythmie menaçant le pronostic vital en utilisant le score de risque LMNA : https://lmna-risk-vta.fr
FLNC - variants tronqués	5 - 10 %	Rehaussement tardif sur IRM cardiaque Fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) < 45 %
TMEM43	5 - 10 %	Homme Femme et au moins un des éléments suivants : FEVG < 45 %, tachycardie ventriculaire non soutenue (TVNS), Réhaussement tardif sur IRM cardiaque, > 200 extrasystoles ventriculaires sur ECG Holter 24 h
PLN	3 - 5 %	Risque estimé à 5 ans d'arythmie menaçant la vie à l'aide du score de risque PLN FEVG < 45 % Rehaussement tardif à l'IRM cardiaque TVNS
DSP	3 - 5 %	Rehaussement tardif à l'IRM cardiaque FEVG < 45 %
RBM20	3 - 5 %	Homme Femme et au moins un des éléments suivants : FEVG < 45 %, tachycardie ventriculaire non soutenue (TVNS), Réhaussement tardif sur IRM cardiaque, > 200 extrasystoles ventriculaires sur ECG Holter 24 h

CONGRES DU CNCH

19-20-21 novembre 2025

Novotel Paris Centre Tour Eiffel



INSCRIPTION
STANDARD

INSCRIPTION SOUS
CONVENTION

LETTRE
D'INVITATION

EVENEMENTS REPLAYS CARDIO H PODCASTS