

Sténose des veines pulmonaires post ablation de fibrillation auriculaire, à propos d'un cas

- Audrey GLATRE, PH, Médecine interne, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, FRANCE
- Philip BIELEFELD, PH, Médecine interne, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, France
- Jean TOURNIAIRE, PH, Radiologie, Radiologie, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, FRANCE
- Vincent PESTRE, PH, Médecine interne, Centre Hospitalier d'Avignon, Avignon, FRANCE

Introduction

Nous présentons ici le cas d'un homme présentant une sténose des veines pulmonaires secondaires aux procédures d'ablation de fibrillation auriculaire, une complication pas si rare et pourtant méconnue des pneumologues et internistes.

Observation

Un homme de 35 ans était adressé en médecine interne pour un tableau de pneumopathie organisée cryptogénique d'origine indéterminée. Il avait pour antécédent une fibrillation auriculaire depuis 10 ans, avec 4 procédures d'ablations par radiofréquence et cryothérapie, entre 2014 et 2022. En 2023, il présentait une douleur thoracique gauche révélant en imagerie des condensations pulmonaires parenchymateuses gauches avec un épanchement pleural minime. Les différents scanners réalisés entre 2023 et 2024 montraient des lésions migratrices du lobe supérieur gauche uniquement (image 1). Il avait eu plusieurs fibroscopies bronchiques et lavages broncho alvéolaire avec une formule macrophagique, des biopsies d'éperons bronchiques d'allure inflammatoires du lobe supérieur gauche, des épreuves fonctionnelles respiratoires normales, une ponction pleurale montrant un exsudat et 2800 cellules/mm³ dont 90% de lymphocytes. Le TEP scanner révélait plusieurs micronodules discrètement métaboliques du lobe supérieur gauche (SUV max 3,5). Finalement, un angioscanner des veines pulmonaires révélait une occlusion complète de la veine pulmonaire lobaire supérieure gauche, et une sténose distale d'environ 80 % de la veine pulmonaire lobaire inférieure gauche (image 2). Le diagnostic de sténose des veines pulmonaires secondaire aux procédures d'ablation de fibrillation était posé.

Le patient était pris en charge au centre cardio-thoracique de Marie Lannelongue pour dilatation et pose d'un stent dans la veine pulmonaire inférieure gauche car il n'y avait malheureusement pas de geste possible sur la supérieure gauche. Un scanner de contrôle réalisé à 1 mois retrouvait la perméabilité du stent. Il présentait comme séquelles une dyspnée invalidante lors des efforts de résistance, une hypertension pulmonaire modérée au cathétérisme droit avec l'absence de retour veineux pulmonaire supérieur gauche, et développement de collatérales veineuses. En scintigraphie pulmonaire de perfusion, le poumon gauche n'était quasiment pas perfusé.

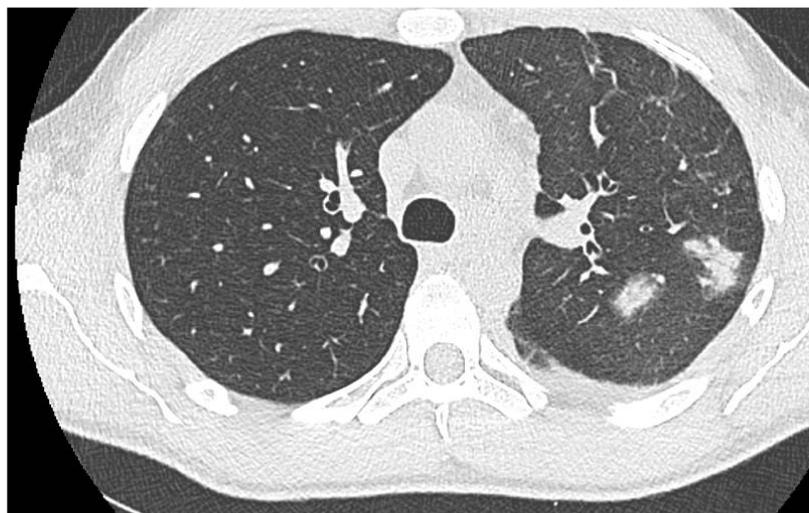


Image 1 : lésions migratrices du lobe supérieur gauche uniquement

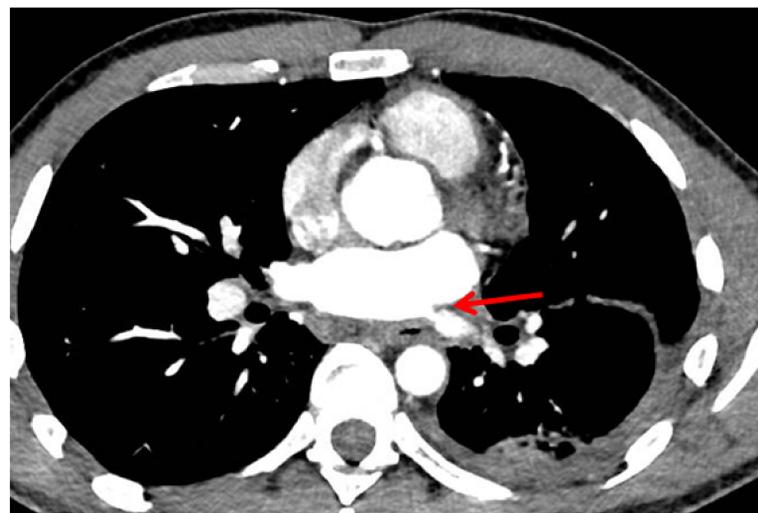


Image 2 : sténose distale d'environ 80 % de la veine pulmonaire lobaire inférieure gauche

Discussion

Deux types de procédures d'ablation de fibrillation atriale existent, la radiofréquence pour permettre la disparition des signaux électriques, et la cryoablation par application de froid grâce à un ballon de gaz. Ces deux protocoles peuvent entraîner des remaniements cicatriciels de la paroi veineuse, une inflammation péri adventitielle et une fibrose, responsables de sténose (1). L'apparition des symptômes est progressive, et peut être retardée dans le temps. Les patients peuvent présenter une dyspnée, une toux, une douleur thoracique, des infections respiratoires, des épisodes d'hémoptysie. La sévérité des symptômes semble corrélée à la sévérité des sténoses (2). Le scanner injecté au temps veineux pulmonaire est l'examen de référence, permettant de visualiser une sténose ou une occlusion complète d'une ou plusieurs veines pulmonaires. En coupe parenchymateuse peuvent être vues des condensations parenchymateuses migratrices et des lésions en verre dépoli, correspondant à des foyers d'infarctissement veineux ou d'hémorragies intra alvéolaires. La présence d'une pleurésie transsudative est possible. L'IRM ou l'artériographie sont des alternatives au scanner. Le traitement repose sur l'angioplastie avec dilatation des veines pulmonaires, pouvant être associée à la pose d'un stent. Sans traitement, la sténose évolue vers une occlusion complète, comme le cas de notre patient chez qui la veine pulmonaire supérieure gauche complètement occluse ne permettait pas un geste endovasculaire. Les complications et séquelles potentielles sont une insuffisance veineuse responsable d'insuffisance cardiaque, des pneumopathies, des troubles ventilatoires et des hémorragies intra alvéolaires par néovascularisation artérielle bronchique (1).

Conclusion

Il faut penser à la sténose des veines pulmonaires devant une dyspnée inexpliquée, des hémoptysies, des pneumopathies persistantes, des condensations pulmonaires chroniques réalisant un aspect de pneumopathie organisée cryptogénique chez des patients ayant des antécédents d'ablation de fibrillation auriculaire même anciens

Références bibliographiques

- Edriss H and all. Pulmonary vein stenosis complicating radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation : a literature review. Respiratory medicine. 2016.
Edriss H, Denega T, Test V, Nugent K. Pulmonary vein stenosis complicating radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation: A literature review. Respir Med. 2016 Aug;117:215-22. doi: 10.1016/j.rmed.2016.06.014. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27492534

