

# ESV infundibulaire

Dr Durand

Infirmierie Protestante – Janvier 2020

# HISTORIQUE PATIENT



- Femme née en 1978
- Pas d'antécédents notables ni de cardiopathies
- ESV abondantes, évoluant depuis quelques mois : 18 000 événements / 24H
- ESV symptomatiques : athenie et dyspnea + regression à l'efforts sur son test d'effort
- ESV d'allure infandibulaire

# MATERIEL BWI



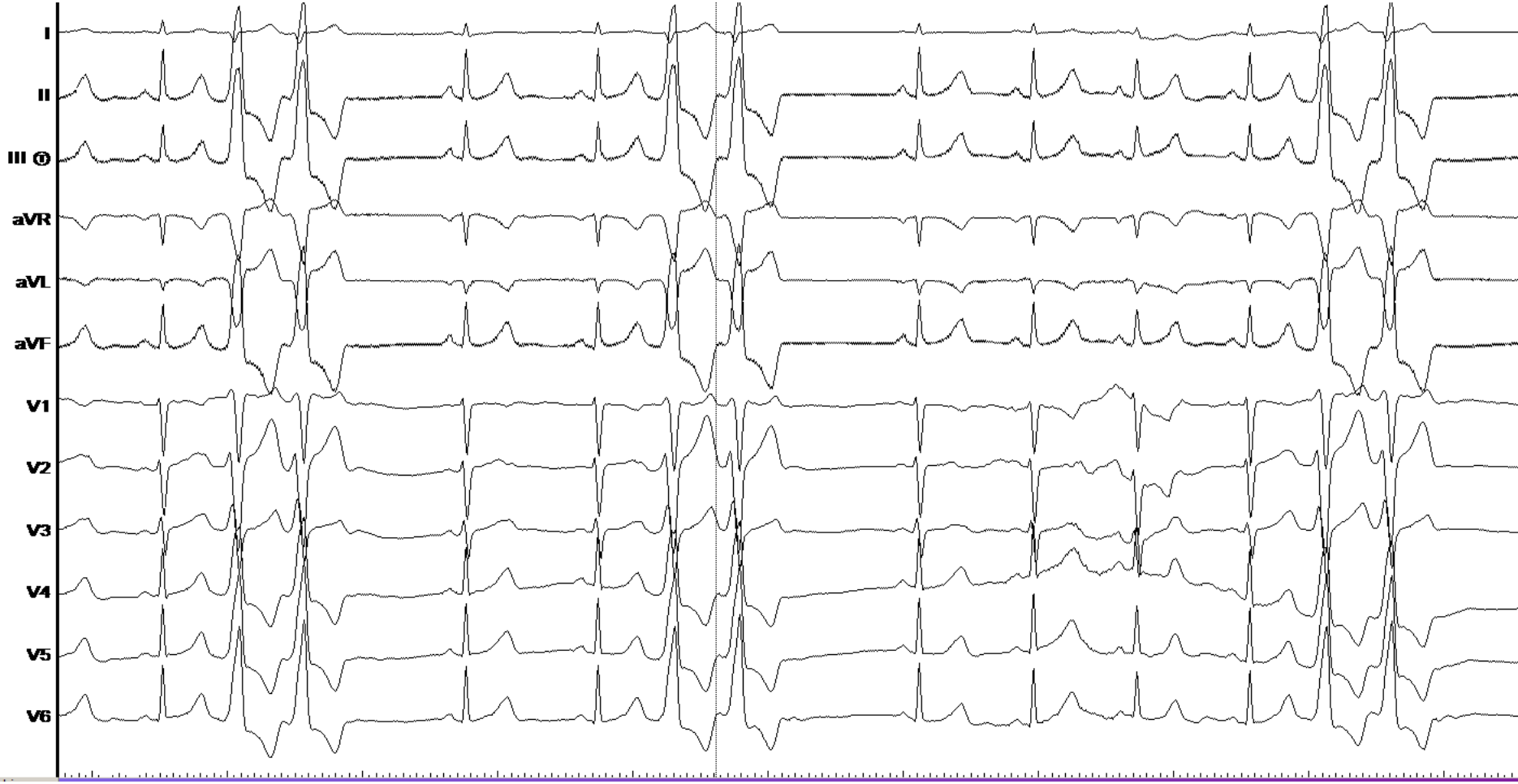
- STSF noire
- DECANAV orange
- PENTARAY orange

D134703

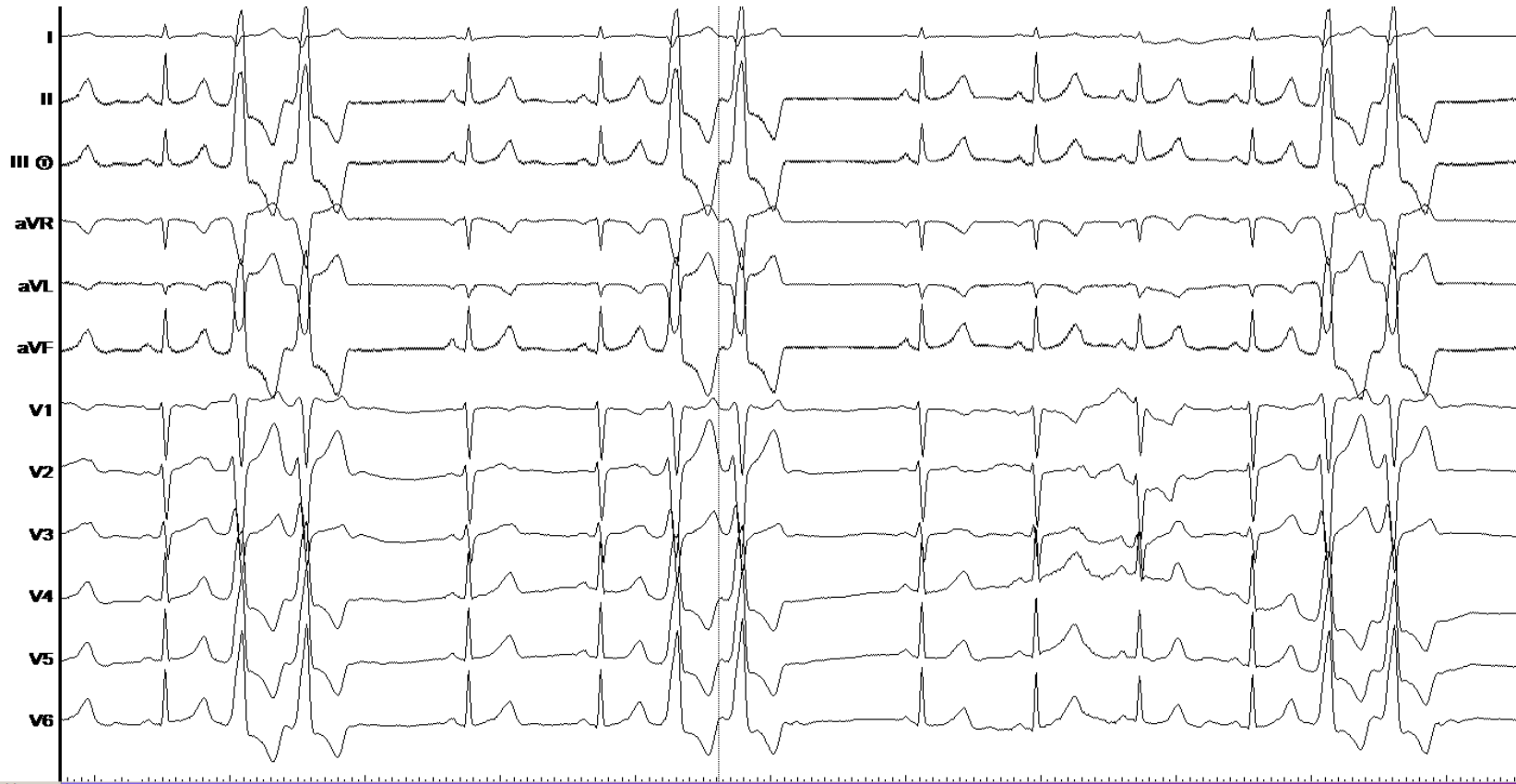
R7F282CT

D128208

# ECG DEBUT



# ECG DEBUT



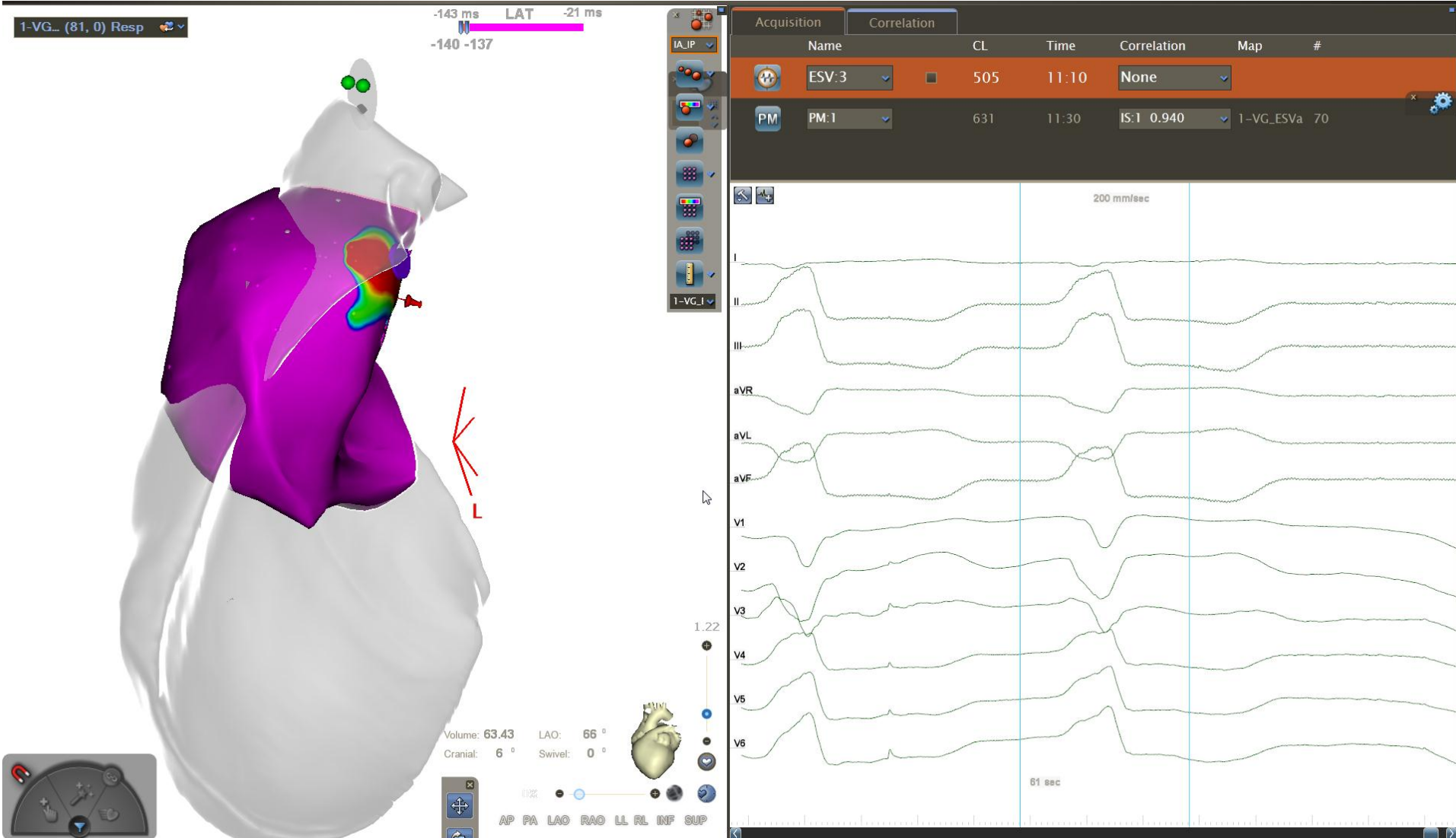
Cadran supérieur gauche:

- DII et DIII +
- DI -

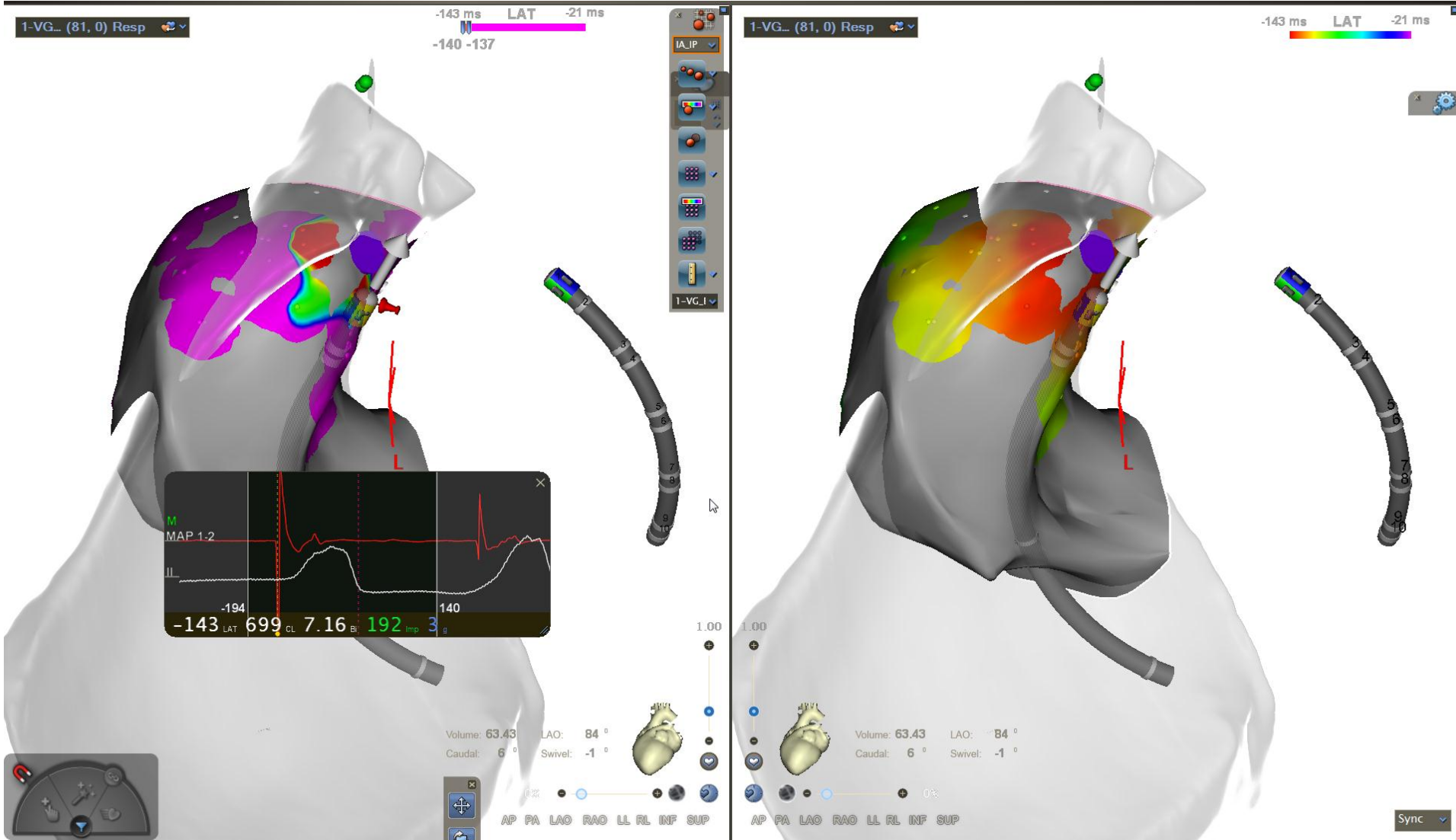
Paroi septale chambre de chasse VD:

- Transition V3-V4

# Morphologie ESV

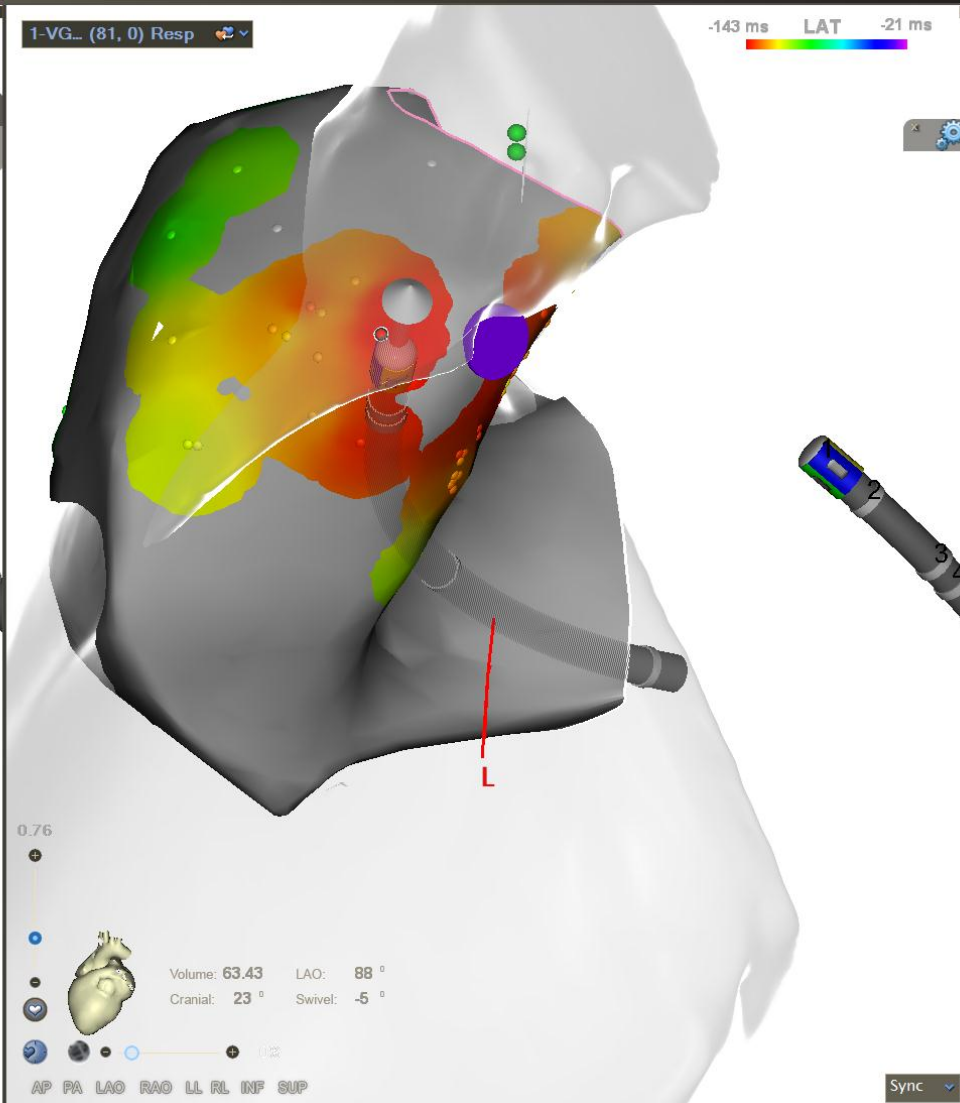
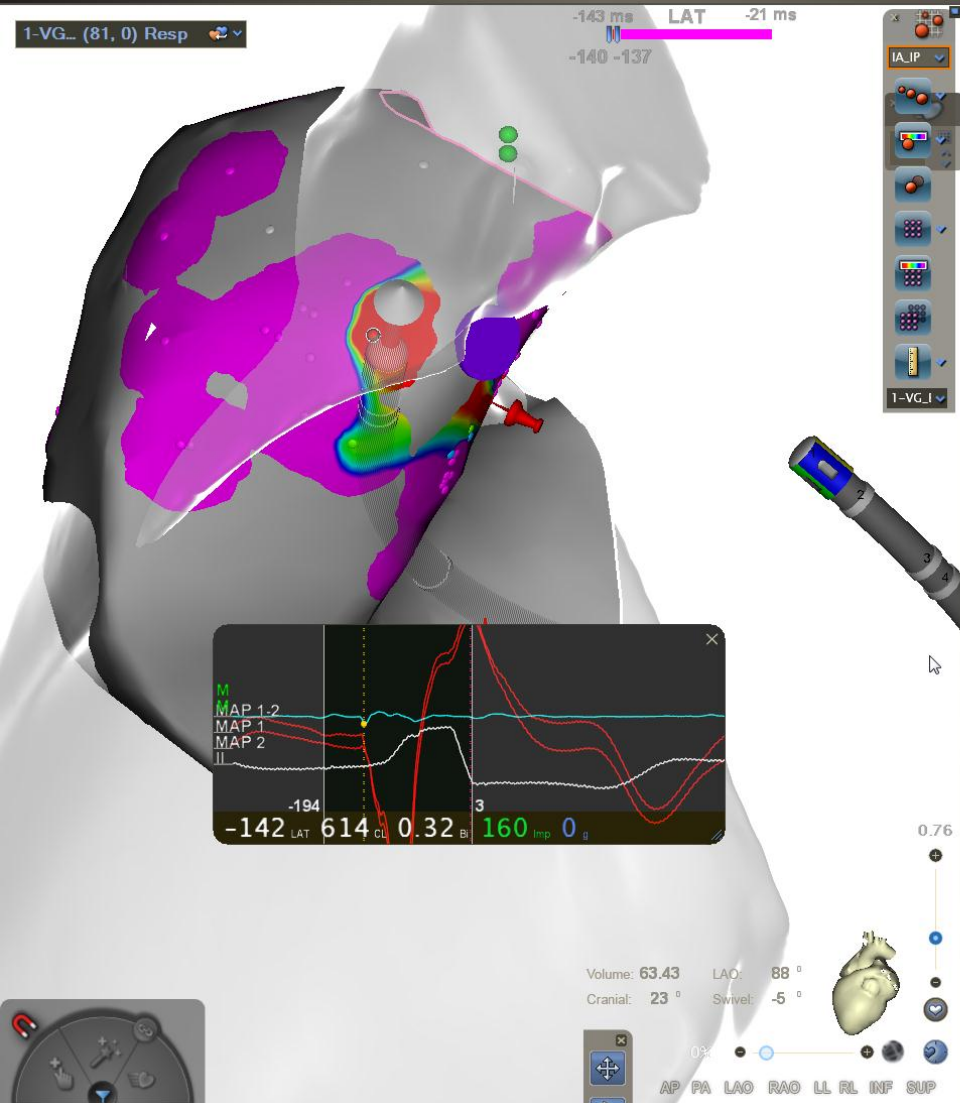


# Carte d'activation RVOT



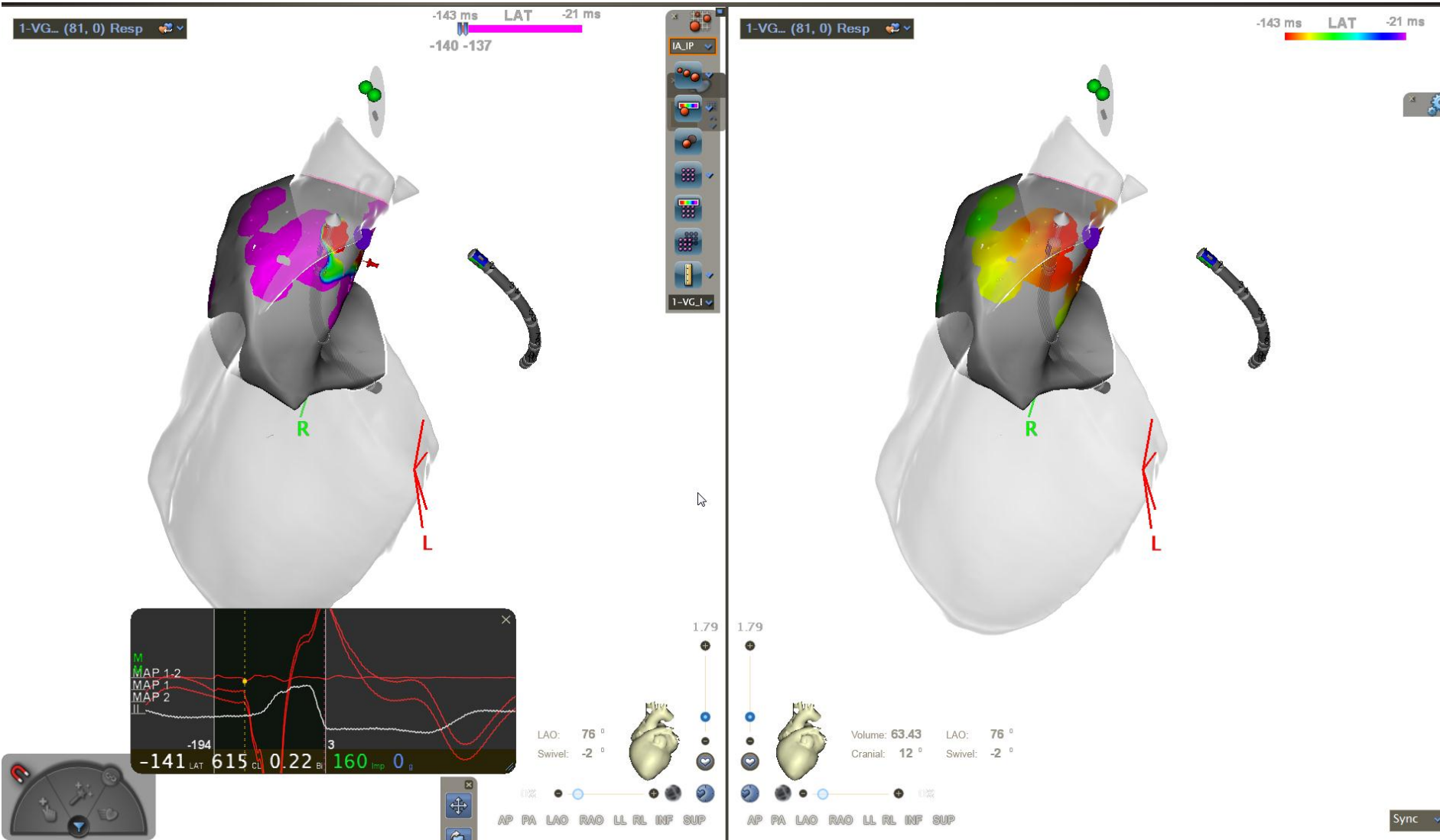


# Carte d'activation RVOT

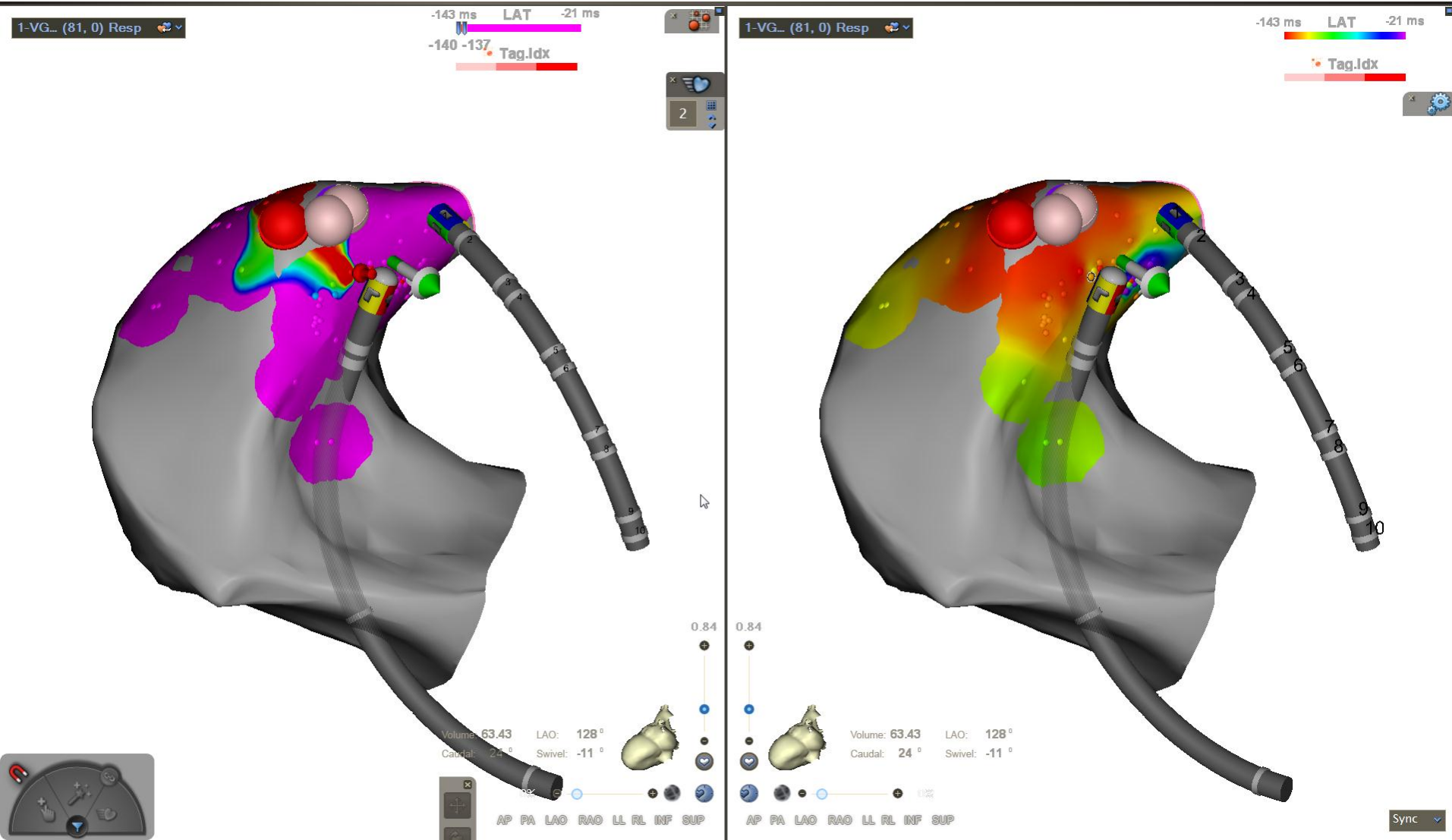




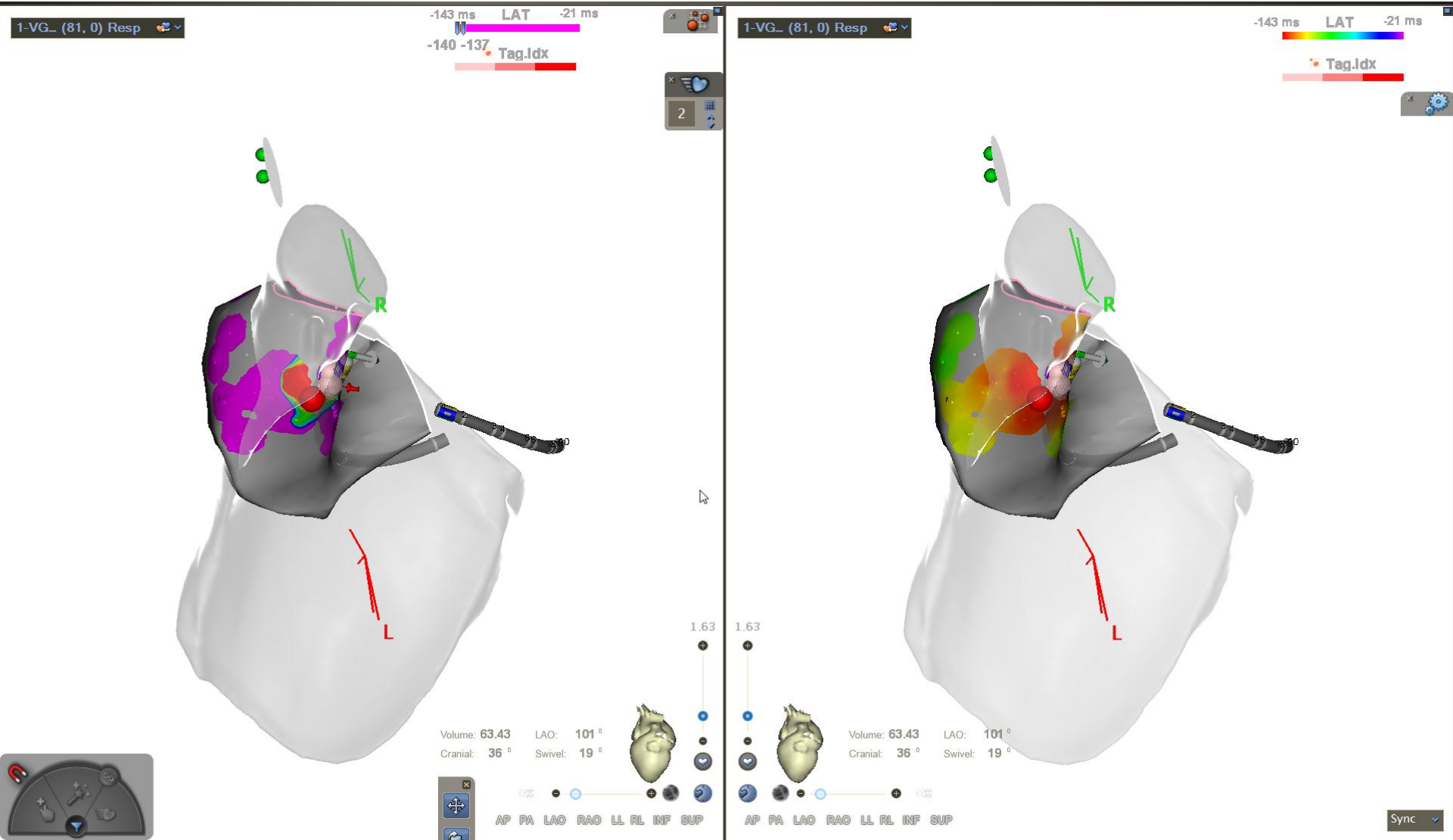
# Carte d'activation RVOT



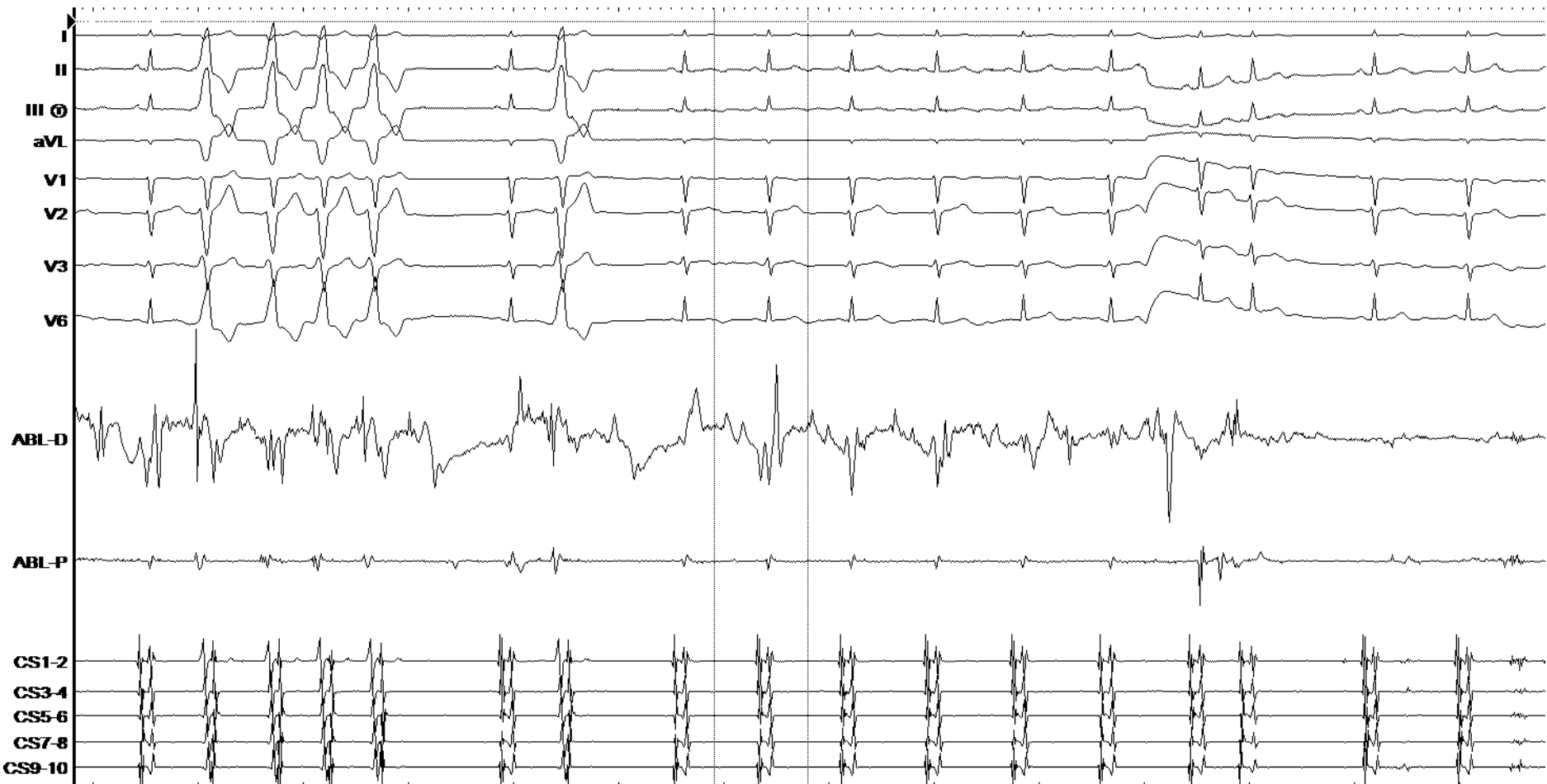
# POINTS D'ABLATION RVOT



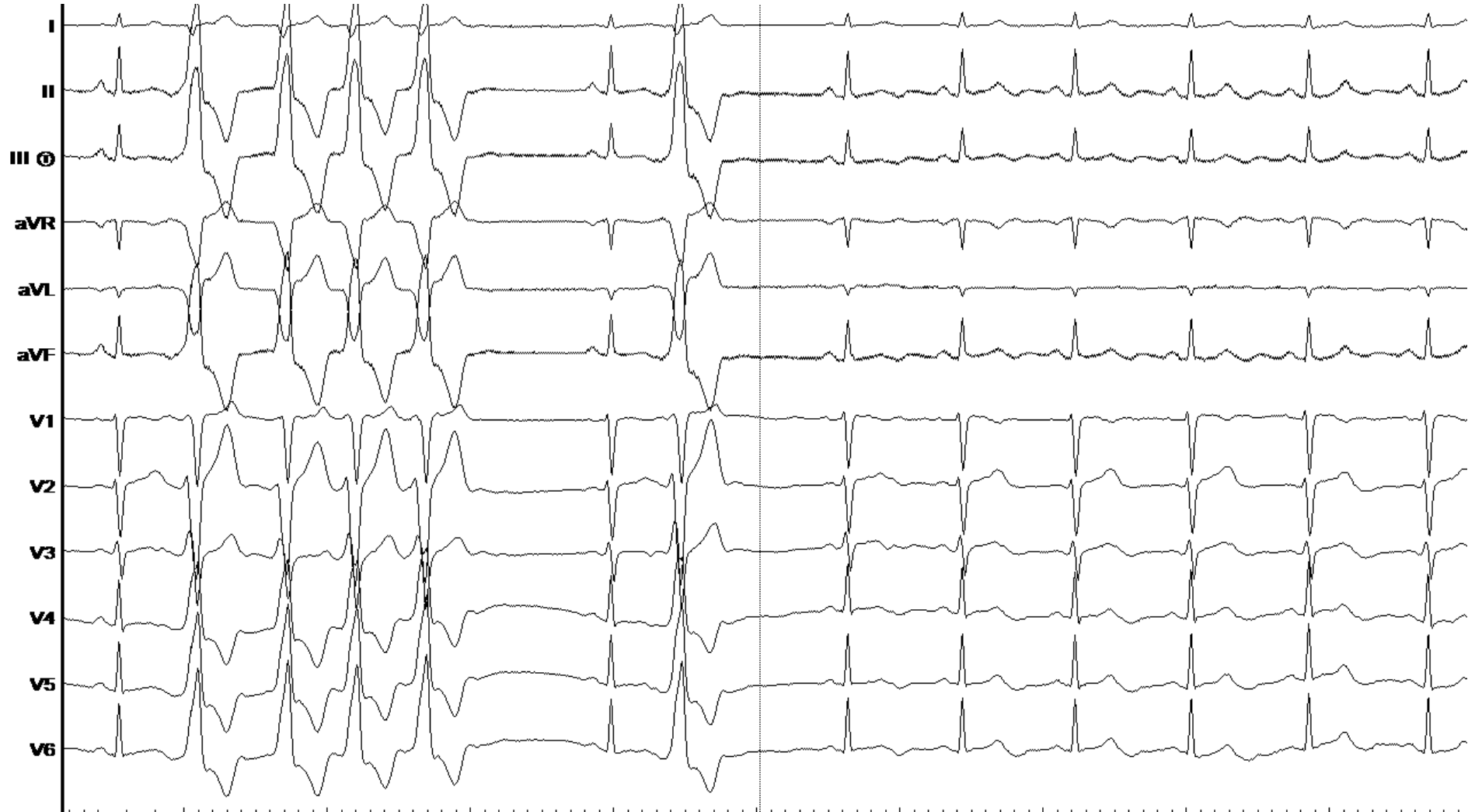
# POINTS D'ABLATION RVOT



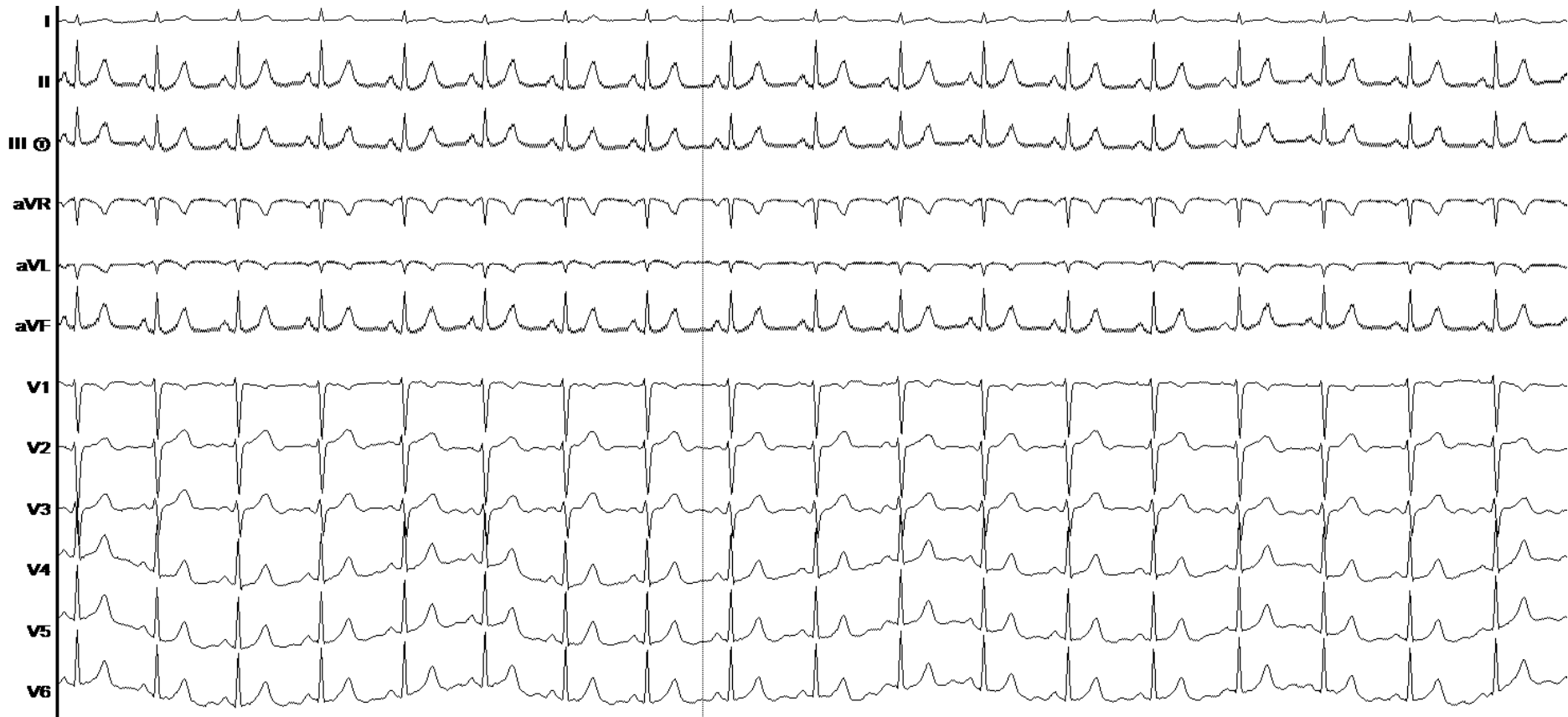
# RETOUR SINUSAL signaux IC




# RETOUR SINUSAL 12D



# ECG FIN



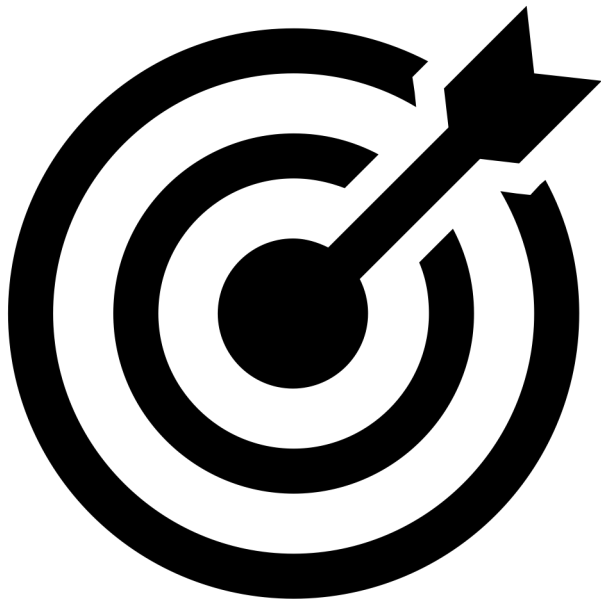
# RESUME STRATEGIE ABLATION

- 
1. Rythme initial : ESV (salves)
  2. Mapping à l'ablation (anatomie + activation) en utilisant le Pattern Matching + LAT hybride
  3. Mise en évidence d'une zone de précocité du signal par rapport au pied du QRS avec beau signal unipolaire présentant un aspect QS
  4. Tirs a 40W
  5. Warm up puis régression de l'ESV
  6. Temps d'attente
  7. Complément zone de tirs
  8. Warm up
  9. Disparition complète de l'ESV





# DONNEES POST- ABLATION



- Scopie :  $76\mu\text{Gym}^2$
- 10 Tires
- 5:52min de RF
- 16,6 kJ d'énergie RF
- 214 mLde volume d'irrigation par STSF (heparine)