



M. GENEST
Service de Cardiologie, Centre Hospitalier,
PROVINS.

ACC/AHA/ESC 2006 : Recommandations pour la prise en charge de la fibrillation auriculaire

Il y a à peine quelques semaines, l'ACC, l'AHA et l'ESC proposaient de nouvelles recommandations pour la prise en charge de la fibrillation auriculaire (FA). Ces recommandations représentent une mise à jour de celles utilisées jusqu'ici et qui dataient de 2001. Dans cet article, nous vous proposons les grandes lignes de ce texte ; des commentaires sont indiqués en italiques.

■ RAPPELS

1. – Les différentes classes

- **Classe I :** Conditions pour lesquelles il existe des preuves et/ou un consensus généralisé en faveur du fait qu'une procédure ou un traitement donné est utile, bénéfique et efficace.
- **Classe II :** Conditions pour lesquelles il existe des preuves contradictoires et/ou des divergences d'opinion à propos de l'utilité ou de l'efficacité d'une procédure ou d'un traitement. Dans la classe IIa, la balance est en faveur de l'intervention ; dans la classe IIb, l'utilité ou l'efficacité sont moins bien établies par des preuves ou un consensus d'opinions.
- **Classe III :** Interventions non recommandées.

2. – Les niveaux de preuve

- **A :** Données issues de multiples essais à répartition aléatoire.
- **B :** Données issues d'un unique essai à répartition aléatoire ou d'essais sans répartition aléatoire.
- **C :** Consensus d'experts.

■ CONTROLE PHARMACOLOGIQUE DE LA FREQUENCE EN FA

1. – Classe I

● Niveau B

>>> La mesure de la fréquence au repos et son contrôle, le plus souvent par bêtabloquants ou calciques non dihydropyridiniques, sont recommandés en cas de FA permanente ou persistante. *Noter la prééminence désormais entrée dans les mœurs des bêtabloquants et calciques bradycardisants.*

>>> En l'absence de pré-excitation, l'administration IV de bêtabloquants (esmolol, métoprolol ou propranolol) ou de calciques non dihydropyridiniques (vérapamil, diltiazem) est recommandée au stade aigu pour ralentir la fréquence, mais avec précaution en cas d'hypotension ou d'IC. *Même commentaire que précédemment.*

>>> La digoxine ou l'amiodarone IV sont recommandées en cas de FA rapide sur IC en l'absence de faisceau accessoire. *Noter la nuance entre faisceau accessoire et pré-excitation ainsi que la discussion possible sur le risque par l'amiodarone de régulariser une FA > 48 heures sans anticoagulant préalable.*

● Niveau C

>>> En cas de symptômes à l'effort, le contrôle de la fréquence doit être évalué lors de celui-ci avec éventuelle adaptation thérapeutique. *On remarquera que la cible de fréquence à l'effort n'est pas précisée, on parle de "niveau physiologique".*

>>> La digoxine est efficace per os pour ralentir le rythme en cas d'IC, d'IVG et chez les patients sédentaires. *La digoxine*

apparaît reléguée loin derrière les bêtabloquants ou les calciques non dihydropyridiniques. Ce n'est plus vrai pour les associations, voir ci-dessous.

2. – Classe IIa

● Niveau B

>>> Une association de digoxine et soit de bêtabloquants, soit de calciques non dihydropyridiniques apparaît raisonnable pour contrôler la fréquence au repos comme à l'effort, le choix dépendant des co-morbidités et la dose est à ajuster en fonction de la réponse en évitant les bradycardies. *L'utilisation la plus fréquente de la digoxine est donc désormais dans ce cadre.*

>>> Il est raisonnable d'utiliser l'ablation du nœud AV ou d'un faisceau accessoire pour contrôler la fréquence quand le traitement pharmacologique est insuffisant ou donne lieu à des effets secondaires. *Pour mémoire, 5 % dans AFFIRM.*

● Niveau C

>>> L'amiodarone IV peut être utile pour contrôler la fréquence quand les autres mesures sont inefficaces ou contre-indiquées. *On fait probablement allusion au risque de cardioversion et d'embolie, donc c'est oui, mais la main forcée.*

>>> En cas d'association FA et faisceau accessoire et nécessité de CEE, le procaïnamide ou l'ibutilide IV sont des alternatives raisonnables.

3. – Classe IIb

● Niveau B

>>> Le procaïnamide IV, le disopyramide, l'ibutilide ou l'amiodarone peuvent être envisagés chez des patients hémodynamiquement stables en présence d'un faisceau accessoire.

● Niveau C

>>> Quand la fréquence ne peut être suffisamment contrôlée au repos et à l'effort sous bêtabloquant, les inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques, la digoxine ou l'association d'amiodarone per os peuvent être proposés pour contrôler la fréquence.

>>> Quand la fréquence ne peut être contrôlée pharmacologiquement ou quand une cardiomyopathie rythmique est suspectée, une ablation du nœud AV peut être envisagée.

4. – Classe III

C'est le rappel de quelques évidences ou données bien connues.

● Niveau B

>>> La digitale ne doit pas être utilisée comme seul agent destiné à ralentir le rythme ventriculaire en cas de FA paroxystique.

● Niveau C

>>> Une ablation du nœud auriculo-ventriculaire ne doit pas être proposée avant l'essai d'un traitement médicamenteux pour ralentir le rythme dans la FA. En cas d'insuffisance cardiaque décompensée avec FA, l'administration en intraveineux d'inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques peut altérer l'hémodynamique et n'est donc pas recommandée. De même, l'administration IV de digitaliques ou d'inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques en cas de FA sur pré-excitation peut accélérer le rythme ventriculaire et n'est donc pas recommandée.

■ PREVENTION THROMBO-EMBOLIQUE

1. – Classe I

● Niveau A

>>> Un traitement antithrombotique est recommandé dans tous les cas de FA sauf dans la FA isolée sur cœur sain ou en cas de contre-indication.

>>> Le choix de l'agent antithrombotique doit reposer sur le risque absolu d'AVC et de saignement et le rapport bénéfice/risque chez un patient donné.

>>> En dehors de la présence d'une valve mécanique et en cas de haut risque d'AVC, un traitement AVK visant un INR de 2 à 3 est recommandé, sauf contre-indication. Les facteurs de risque les plus puissants d'embolie sont les antécédents d'embolie (AVC, AIT ou embolie systémique) et le RM rhumatismal.

>>> Les facteurs de risque modérés sont l'âge d'au moins 75 ans, l'HTA, la FE altérée (< 35 %) et le diabète; l'un au moins de ces facteurs impose les AVK. *On ne précise pas si l'HTA traitée et contrôlée reste un facteur de risque.*

>>> L'INR doit être mesuré au moins toutes les semaines dans la phase d'initiation, puis tous les mois quand la stabilité est atteinte.

>>> L'aspirine (81 à 325 mg/j) est une alternative aux AVK en cas de risque embolique faible ou en cas de contre-indication aux AVK.

● Niveau B

>>> En cas de présence de valve mécanique, l'INR doit être choisi en fonction de la prothèse avec un objectif d'au moins 2,5.

● Niveau C

>>> Le traitement antithrombotique dans le flutter doit être identique à celui de la FA.

2. – Classe IIa

● Niveau A

>>> En prévention primaire de l'embolie chez les patients en FA non valvulaire ayant seulement un des facteurs de risque validés, un traitement antithrombotique par aspirine ou AVK est raisonnable et doit être fondé sur l'évaluation du risque hémorragique, la capacité à gérer le traitement et le choix du patient. Les facteurs de risque en question sont l'âge > 75 ans (particulièrement chez la femme), l'HTA, l'insuffisance cardiaque, l'altération de la fonction VG et le diabète.

● Niveau B

>>> En cas de FA non valvulaire avec un ou plus des facteurs de risque suivants, moins bien validés que les précédents, un traitement antithrombotique par aspirine ou AVK est raisonnable dans la prévention des embolies : âge de 65 à 74 ans, sexe féminin ou coronaropathie. Le choix de l'agent se fonde sur le risque hémorragique, la capacité à gérer le traitement AVK et les préférences du patient.

>>> Il est raisonnable de choisir un antithrombotique selon les mêmes critères quelles que soient les modalités de la FA (paroxystique, persistante, permanente).

● Niveau C

>>> En l'absence de valves mécaniques, il est raisonnable d'arrêter l'anticoagulation jusqu'à une semaine sans substitu-

tion par de l'héparine en cas de chirurgie ou de procédure diagnostique invasive avec risque de saignement. *Etonnant ?*

>>> Il est raisonnable de réévaluer à intervalles réguliers la nécessité de l'anticoagulation.

3. – Classe IIb

● Niveau C

>>> Chez les patients d'au moins 75 ans, en cas de risque augmenté de saignement et sans contre-indication absolue aux AVK, et chez les autres patients à risque thrombo-embolique modéré mais ne tolérant pas un INR cible habituel de 2 à 3, une cible inférieure, vers 2, c'est-à-dire entre 1,6 et 2,5, peut être envisagée en prévention primaire de l'embolie. *C'est-à-dire que c'est mieux que rien, mais il faut le préciser, moins efficace.*

>>> Quand une procédure chirurgicale requiert une interruption des AVK de plus d'une semaine chez des patients à haut risque, l'héparine non fractionnée ou une HBPM par voie sous-cutanée doit être prescrite, bien que l'efficacité de ces alternatives dans ces situations ne soit pas formellement affirmable. *On note en tous cas qu'HNF et HBPM sont désormais sur le même plan.*

>>> Après angioplastie ou pontage, en cas de FA, de l'aspirine à moins de 100 mg/j et/ou du clopidogrel à 75 mg/j peuvent être associés aux AVK pour prévenir les événements ischémiques (mais cette attitude n'a pas été étudiée exhaustivement et accroît les risques de saignement).

>>> En cas d'angioplastie, il est possible d'arrêter les AVK pour éviter les saignements au point de ponction, mais ils sont à reprendre dès que possible et sous couvert d'aspirine. Dans l'intervalle, on continuera avec le clopidogrel 75 mg/j et les AVK pour un INR de 2 à 3. La durée de l'association AVK-clopidogrel est d'1 mois au moins si le stent est nu, de 3 mois si le stent est au sirolimus, de 6 mois s'il s'agit de paclitaxel et de 12 mois ou plus dans certains cas avec un retour à la monothérapie par AVK. Ces associations nécessitent un strict contrôle de l'INR. *Le terme "certains cas" fait sans doute allusion dans les suites de CREDO au clopidogrel au moins un an après angioplastie sur syndrome coronaire aigu.*

>>> Dans la FA isolée (cœur sain sans facteurs de risque embolique) avant 60 ans, le risque thrombo-embolique est faible et, en prévention primaire, l'intérêt de l'aspirine par rapport au risque hémorragique n'est pas certain.

>>> Quand un patient sous AVK avec un INR de 2 à 3 présente un accident embolique cérébral ou systémique, plutôt que d'associer un antiagrégant, il convient d'allonger l'INR entre 3 et 3,5.

4. – Classe III

>>> Un traitement au long cours par AVK n'est pas recommandé en prévention primaire chez les moins de 60 ans sur cœur sain (FA isolée) sans facteur de risque embolique.

■ CARIOVERSION DE LA FA

I. CARIOVERSION PHARMACOLOGIQUE

1. – Classe I

● Niveau A

>>> L'administration de flecaïnide, dofétilide, propafénone ou ibutilide est recommandée pour la cardioversion pharmacologique de la FA.

2. – Classe IIa

● Niveau A

>>> L'administration d'amiodarone est une option raisonnable pour la cardioversion de la FA. *La Cordarone est détrônée par les nouvelles molécules!*

● Niveau C

>>> La stratégie "pilule dans la poche", c'est-à-dire la prise unique pour terminer une FA persistante d'une dose de flécaïne ou de propafénone si elle s'est trouvée sûre après un premier essai hospitalier chez des patients sélectionnés (c'est-à-dire sans maladie du sinus, dysfonction du nœud AV bloc de branche ou QT allongé, Brugada ou pathologie cardiaque structurelle) peut être proposée, mais auparavant un traitement bêtabloquant ou calcique bradycardisant doit être donné pour prévenir une transformation en flutter à conduction rapide. *A passer en pratique clinique.*

>>> L'amiodarone en externe peut être donnée en cas de FA paroxystique ou persistante quand une restauration rapide du rythme sinusal n'est pas jugée nécessaire. *Donc, pour les autres cardioversions médicamenteuses : à l'hôpital.*

3. – Classe IIb

>>> La quinidine ou le procainamide peuvent être envisagés pour une cardioversion, mais leur utilité n'est pas bien établie.

4. – Classe III

● Niveau A

>>> Digoxine et sotalol peuvent être délégués pour la cardioversion et ne sont pas recommandés. *Jadis, on disait que la digoxine "renforce, ralentit et régularise".*

● Niveau B

>>> Quinidine, procainamide, disopyramide et dofétilide ne doivent pas être débutés en dehors d'une hospitalisation pour une cardioversion.

II. CARIOVERSION ELECTRIQUE

1. – Classe I

● Niveau B

>>> Un choc électrique immédiat est recommandé quand la FA survient sur pré-excitation avec fréquence ventriculaire très rapide ou instabilité hémodynamique.

● Niveau C

>>> Quand une fréquence ventriculaire rapide ne répond pas rapidement au traitement médical et qu'il existe une ischémie avérée, une hypotension symptomatique, de l'angor ou de l'insuffisance cardiaque, un choc électrique synchronisé sur l'onde R est recommandé.

>>> Un choc est recommandé même sans instabilité hémodynamique si le patient ne tolère pas les symptômes et, en cas de récurrence rapide après le choc, une deuxième tentative peut être effectuée après administration d'antiarythmiques.

2. – Classe IIa

● Niveau B

>>> Un choc peut être utile dans la gestion à long terme des patients en FA.

● Niveau C

>>> La préférence du patient est un élément de choix raisonnable pour la discussion de chocs répétés peu fréquents en cas de FA symptomatique ou persistante.

3. – Classe III

● Niveau C

>>> Des répétitions fréquentes de chocs ne sont pas indiquées quand il existe de courtes périodes de rythme sinusal entre les récurrences malgré l'adjonction d'antiarythmiques ; par ailleurs, un choc est contre-indiqué en cas de toxicité digitalique ou d'hypokaliémie.

III. SYNERGIE ENTRE CHOC ELECTRIQUE ET TRAITEMENT ANTIARYTHMIQUE

1. – Classe IIa

● Niveau B

>>> Un prétraitement par amiodarone, flécaïnide, ibutilide, propafénone ou sotalol peut être utile pour augmenter la probabilité de succès du choc.

● Niveau C

>>> En cas de rechute précoce après choc, on pourra recommencer après introduction d'antiarythmiques. *On n'évoque pas encore ici les antagonistes du système rénine-angiotensine.*

2. – Classe IIb

● Niveau C

>>> Dans la FA persistante, l'usage de bêtabloquants, disopyramide, diltiazem, dofétilide, procaïnamide ou vérapamil peut être envisagé, bien qu'aucun de ces traitements n'ait montré avec certitude une capacité à améliorer les résultats de la cardioversion électrique ou à prévenir des récurrences précoces.

>>> La prescription en consultation externe d'antiarythmiques peut être envisagée en l'absence de cardiopathie pour augmenter la probabilité de succès du choc.

>>> La prescription en consultation externe d'antiarythmiques peut être envisagée pour augmenter la probabilité de

succès du choc dans certaines formes de cardiopathies une fois vérifiée leur innocuité pour ces patients.

■ PREVENTION THROMBO-EMBOLIQUE LORS DE LA CARDIOVERSION POUR FA

1. – Classe I

● Niveau B

>>> En cas de FA durant depuis 48 heures ou plus, ou si son ancienneté est inconnue, un INR entre 2 et 3 est recommandé au moins 3 semaines avant cardioversion et 4 semaines après, que la méthode utilisée soit électrique ou pharmacologique.

● Niveau C

>>> En cas de FA de plus de 48 heures nécessitant une cardioversion immédiate pour instabilité hémodynamique, un bolus d'héparine suivi d'une perfusion continue doit être administré de façon à ce que le PTT soit entre 1,5 et 2 fois le témoin, puis des AVK avec INR de 2 à 3 doivent être prescrits au moins 4 semaines.

>>> Les données ici en faveur des HBPM à la place de l'héparine sont limitées.

>>> Dans la FA de moins de 48 heures avec instabilité hémodynamique (angor, IDM, choc, œdème pulmonaire), une cardioversion doit être effectuée immédiatement sans perdre de temps avec une anticoagulation préalable.

2. – Classe IIa

● Niveau B

>>> La réalisation d'une ETO à la recherche d'un thrombus de l'oreillette ou de l'auricule gauches avant cardioversion est une alternative raisonnable à l'anticoagulation préalable.

>>> En l'absence de thrombus, la cardioversion est raisonnable immédiatement après le début de l'anticoagulation, c'est-à-dire bolus IV d'héparine suivi d'une perfusion continue à dose suffisante pour allonger le PTT à 1,5 à 2 fois le témoin jusqu'à ce qu'un INR d'au moins 2 soit obtenu sous AVK. Les AVK sont poursuivis avec un INR de 2 à 3 au moins 4 semaines. Les preuves permettant d'utiliser les HBPM sous-cutanées à la place de l'héparine sont limitées.

● **Niveau C**

>>> Dans les 48 premières heures de la FA, la nécessité d'une anticoagulation avant et après la cardioversion doit être fondée sur le risque thrombo-embolique individuel.

>>> Les patients ayant une cardioversion pour flutter doivent bénéficier des mêmes mesures d'anticoagulation que s'ils étaient en FA.

>>> En présence de thrombus, un traitement AVK avec INR de 2 à 3 est raisonnable 3 semaines avant et 4 semaines après retour en rythme sinusal, mais il peut être prolongé après retour en sinusal bien plus longtemps car le risque thrombo-embolique dans ces cas peut rester élevé même après succès de cardioversion. *Si le patient a eu un caillot une fois, il peut en refaire un, d'où AVK au long cours.*

■ MAINTIEN DU RYTHME SINUSAL

1. – Classe I

● **Niveau C**

>>> Avant de débiter un antiarythmique, la prise en charge des facteurs favorisants ou déclenchants de la FA est recommandée. *On fera attention à la kaliémie et à la TSH.*

2. – Classe IIa

● **Niveau B**

>>> Dans la FA isolée paroxystique sans cardiopathie sous-jacente, le flécaïnide ou la propafénone peuvent être utiles si les patients sont sinusaux lors de l'initiation.

● **Niveau C**

>>> Un traitement antiarythmique est utile pour maintenir le rythme sinusal et prévenir les cardiopathies rythmiques.

>>> Des récurrences rares et bien tolérées de FA sont acceptables sous un traitement antiarythmique sans que celui-ci soit pour autant considéré insuffisant.

>>> L'introduction d'antiarythmiques en consultation est raisonnable en l'absence de cardiopathie et s'ils sont bien tolérés.

>>> Le sotalol peut être utile s'il n'y a pas ou peu de cardiopathie sous-jacente, si le QT de départ non corrigé est < 460 ms, le ionogramme normal et pas de facteurs de risque liés aux classes III.

>>> Une ablation par radiofréquence est une alternative raisonnable au traitement pharmacologique dans la prévention des récurrences des patients symptomatiques si l'OG est peu ou pas dilatée.

3. – Classe III

● **Niveau A**

>>> Un traitement par un antiarythmique donné n'est pas recommandé s'il existe des facteurs pro-arythmiques particuliers avec ce traitement. *Bref, pas de classe III si QT long ou de classe I si QRS large.*

● **Niveau C**

>>> Un antiarythmique n'est pas recommandé en cas de troubles de l'automatisme ou de la conduction sauf si le patient a un pacemaker. *Cette évidence justifie en fait l'implantation de PM prophylactique.* ■

ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation : a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) : developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 2006 ; 114 : e 257-354.