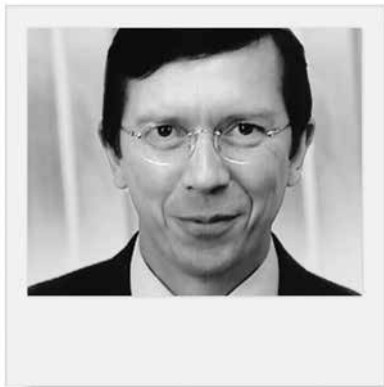


RECOMMANDATIONS

Fibrillation atriale

Recommandations de l'American Heart Association et de l'American College of Cardiology sur la fibrillation atriale

Par rapport aux recommandations précédentes : le score CHA₂DS₂-VASc remplace le score CHADS₂, moins de place pour l'aspirine, arrivée des anticoagulants oraux directs, mais pas en première intention, plus de place à l'ablation.



→ F. DELAHAYE

Service de Cardiologie, CHU, LYON.

Ces recommandations ont été publiées en mars 2014 [1]. Les recommandations précédentes dataient de 2006. Quelques définitions sont présentées dans le **tableau I**. Les mécanismes de la fibrillation atriale (FA) sont présentés dans la **figure 1**.

Prévention du risque thromboembolique

>>> Le choix du traitement antithrombotique repose sur une décision parta-

gée, la discussion des risques d'AVC et d'hémorragie, et les préférences du patient (I, C).

>>> Le choix du traitement antithrombotique est basé sur l'évaluation du risque thrombo-embolique (I, B). Le score recommandé pour évaluer le risque d'AVC est le score CHA₂DS₂-VASc (I, B).

>>> S'il y a une prothèse valvulaire mécanique, le traitement recommandé est la warfarine. L'INR cible est basé sur

Termes	Définitions
FA paroxystique	FA de terminaison spontanée ou grâce à une intervention dans les 7 jours après le début. Les épisodes peuvent se répéter avec une fréquence variable.
FA persistante	FA continue pendant plus de 7 jours.
FA longtemps persistante	FA continue depuis plus d'un an.
FA permanente	Ce terme est utilisé lorsqu'il y a eu une décision conjointe entre le patient et le médecin de cesser des tentatives de restauration et/ou de maintien du rythme sinusal. L'acceptation de la FA représente une attitude thérapeutique de la part du patient et du clinicien plutôt qu'un attribut physiopathologique de la FA. L'acceptation de la FA peut changer en fonction des symptômes, de l'efficacité des interventions thérapeutiques, et des préférences du patient et du clinicien.
FA non valvulaire	FA en l'absence de sténose mitrale rhumatismale, de prothèse valvulaire mécanique ou biologique, ou de réparation mitrale.

TABLEAU I : Définitions.

RECOMMANDATIONS

Fibrillation atriale

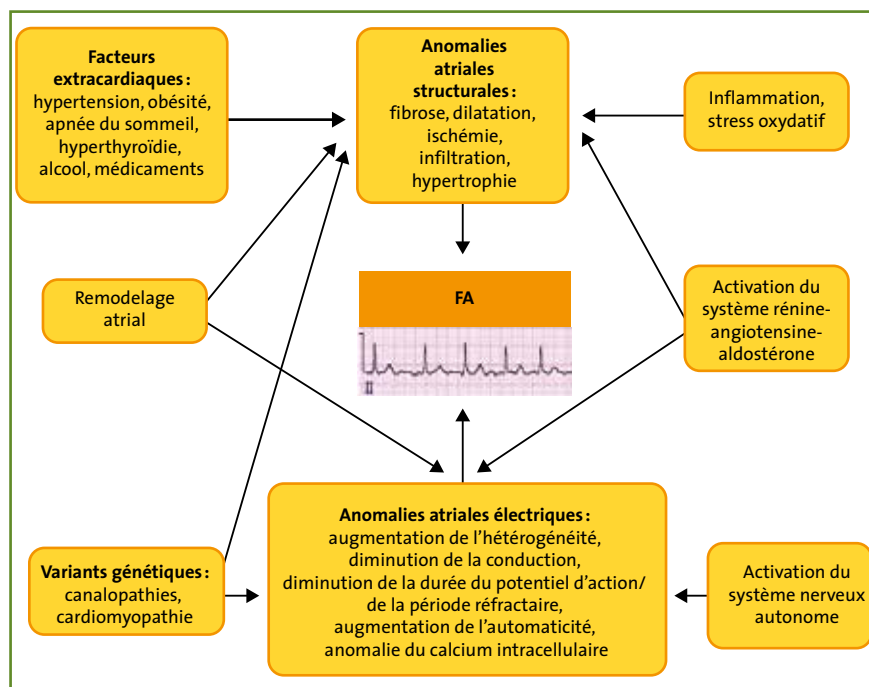


FIG. 1: Mécanismes de la FA.

le type et la localisation de la prothèse (I, B).

>>> En cas d'antécédent d'AVC, d'AIT ou de score de CHA₂DS₂-VASC ≥ 2 , un traitement anticoagulant oral est recommandé, warfarine (I, A) ou dabigatran ou rivaroxaban ou apixaban (I, B).

>>> En cas de traitement par la warfarine, l'INR doit être déterminé au moins une fois par semaine lors de l'initiation, et une fois par mois lorsque le taux est stable (I, A). Les inhibiteurs directs de la thrombine ou du facteur Xa sont recommandés si l'INR cible ne peut pas être maintenu (I, C).

>>> Le besoin d'anticoagulation doit être régulièrement réévalué (I, C).

>>> En cas de prothèse valvulaire mécanique, si le traitement par warfarine doit être interrompu, un relais par héparine (non fractionnée ou de bas poids moléculaire) est recommandé (I, C).

>>> En l'absence de prothèse valvulaire mécanique, la décision d'un relais doit mettre en balance les risques d'AVC/d'hémorragie et la durée pendant laquelle le patient ne sera pas anticoagulé (I, C).

>>> En cas d'utilisation d'un anticoagulant oral direct (AOD), la fonction rénale doit être évaluée avant l'initiation du traitement, et réévaluée si besoin, et en tout cas au moins 1 fois par an (I, B).

Fonction rénale	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Normale/ légèrement altérée	150 mg matin et soir (cl cr > 30 mL/min)	20 mg lors du dîner (cl cr > 50 mL/min)	5,0 ou 2,5 mg matin et soir
Moyennement altérée	150 ou 75 mg matin et soir (cl cr > 30 mL/min)	15 mg lors du dîner (cl cr 30-50 mL/min)	5,0 ou 2,5 mg matin et soir
Sévèrement altérée	75 mg matin et soir (cl cr 15-30 mL/min)	15 mg lors du dîner (cl cr 15-30 mL/min)	Non recommandé
Terminale non dialysée ou dialysée	Non recommandés		
Clairance de la créatinine: cl cr			

TABEAU II : Doses des traitements anticoagulants oraux en cas de FA non valvulaire et de maladie rénale.

>>> En cas de flutter atrial, un traitement antithrombotique est recommandé comme pour la FA (I, C).

>>> En cas de FA non valvulaire et de score CHA₂DS₂-VASC à 0, il est raisonnable de ne pas donner de traitement antithrombotique (IIa, B).

>>> En cas de score CHA₂DS₂-VASC ≥ 2 et de maladie rénale terminale (clairance de la créatinine < 15 mL/min) ou d'hémodialyse, il est raisonnable de prescrire de la warfarine (IIa, B).

>>> En cas de FA non valvulaire et de score CHA₂DS₂-VASC à 1, on peut envisager de ne pas donner de traitement antithrombotique ou un traitement par anticoagulant oral ou par aspirine (IIb, C).

>>> En cas de maladie rénale modérée ou sévère et de score CHA₂DS₂-VASC ≥ 2 , des doses réduites d'AOD peuvent être envisagées (IIb, C).

>>> En cas d'angioplastie coronaire, un stent "nu" peut être envisagé afin de diminuer la durée de la double antiagrégation plaquettaire (IIb, C).

>>> Après une revascularisation coronaire chez les patients dont le score CHA₂DS₂-VASC est ≥ 2 , il peut être raisonnable d'utiliser le clopidogrel avec le traitement anticoagulant oral, mais sans aspirine (IIb, B).

>>> Le dabigatran et le rivaroxaban ne sont pas recommandés en cas de FA et de maladie rénale terminale ou d'hémodialyse (III, C).

>>> Le dabigatran ne doit pas être utilisé en cas de prothèse valvulaire mécanique (III, B).

>>> Les doses d'AOD, s'il y a une maladie rénale, sont données dans le **tableau II**.

>>> En cas de chirurgie cardiaque, une excision chirurgicale de l'auricule gauche peut être envisagée (IIb, C).

Contrôle de la fréquence cardiaque

>>> On peut utiliser un bêtabloquant ou un antagoniste calcique non dihydropyridinique en cas de FA paroxystique, persistante ou permanente (I, B).

>>> En urgence, et en l'absence de préexcitation, on peut utiliser un bêtablo-

quant ou un antagoniste calcique non dihydropyridinique IV. Chez les patients hémodynamiquement instables, une cardioversion électrique est indiquée (I, B).

>>> Il faut évaluer le contrôle de la fréquence cardiaque pendant l'exercice; un ajustement du traitement médicamenteux peut être nécessaire (I, C).

>>> L'amiodarone IV peut être utile chez les patients en état critique, en l'absence de préexcitation (IIa, B).

>>> Une ablation du nœud atrioventriculaire avec stimulation ventriculaire permanente est raisonnable lorsque le traitement pharmacologique est inadéquat et que le contrôle du rythme n'est pas possible (IIa, B).

>>> Une stratégie de contrôle moins strict de la fréquence cardiaque (fréquence cardiaque de repos < 110 bpm) peut être raisonnable chez des patients asymptomatiques, si la fonction ventriculaire gauche systolique est préservée (IIb, B).

>>> L'amiodarone *per os* peut être utile lorsque les autres mesures sont inefficaces ou contre-indiquées (II b, C).

>>> Une ablation du nœud atrioventriculaire ne doit pas être réalisée s'il n'y a pas eu auparavant des essais médicamenteux (III, C).

>>> Les antagonistes calciques non dihydropyridiniques ne doivent pas être utilisés en cas d'insuffisance cardiaque décompensée (III, C).

>>> En cas de FA et de préexcitation, la digoxine, les antagonistes calciques non dihydropyridiniques et l'amiodarone ne doivent pas être utilisés (III, B).

>>> La dronédarone ne doit pas être utilisée pour contrôler la fréquence ventriculaire dans la FA permanente (III, B).

>>> Les posologies des divers médicaments sont précisées dans le **tableau III**.

	Administration IV	Dose de maintien orale habituelle
Bêtabloquants		
Tartrate de métoprolol	Bolus IV, 2,5-5,0 mg, en 2 min; jusqu'à 3 doses	25-100 mg matin et soir
Succinate de métoprolol		50-400 mg le matin
Aténolol		25-100 mg le matin
Esmolol	Bolus IV, 500 µg/kg, en 1 min, puis 50-300 µg/kg/min IV	
Propranolol	1 mg IV en 1 min, jusqu'à 3 doses avec des intervalles de 2 min	10-40 mg 2 ou 3 fois par jour
Nadolol		10-240 mg le matin
Carvédilol		3,125-25 mg matin et soir
Bisoprolol		2,5-10 mg le matin
Antagonistes calciques non dihydropyridiniques		
Vérapamil	Bolus IV, 0,75-0,15 mg par kg, en 2 min; on peut donner une dose additionnelle de 10 mg après 30 min en cas de non réponse, puis 0,005 mg/kg/min en perfusion	180-480 mg de la forme à libération prolongée le matin
Diltiazem	Bolus IV de 0,25 mg par kg en 2 min, puis 5-15 mg par heure	120-360 mg de la forme à libération prolongée le matin
Digitaliques		
Digoxine	0,25 mg IV, dose qui peut être répétée, jusqu'à un maximum de 1,5 mg en 24 h	0,125-0,25 mg le matin
Autres		
Amiodarone	300 mg IV en 1 h, puis 10-50 mg/h pendant 24 h	100-200 mg le matin

TABLEAU III : Posologies des médicaments.

RECOMMANDATIONS

Fibrillation atriale

Contrôle du rythme

1. Prévention du risque thrombo-embolique

>>> En cas de FA ou de *flutter* atrial depuis plus de 48 heures ou de durée inconnue, anticoagulation par la warfarine pendant au moins 3 semaines avant et 4 semaines après la cardioversion (I, B).

>>> En cas de FA ou de *flutter* atrial depuis plus de 48 heures ou de durée inconnue nécessitant une cardioversion immédiate, anticoagulation dès que possible et poursuivie pendant au moins 4 semaines (I, C).

>>> En cas de FA ou de *flutter* atrial depuis moins de 48 heures et de risque d'AVC élevé, héparine IV ou HBPM ou AOD, avant et immédiatement après la cardioversion, suivie d'une anticoagulation à long terme (I, C).

>>> Après la cardioversion d'une FA, l'anticoagulation à long terme doit être basée sur l'évaluation du risque thrombo-embolique (I, C).

>>> En cas de FA ou de *flutter* atrial depuis plus de 48 heures ou de durée inconnue et en l'absence d'anticoagulation durant les 3 semaines précédentes, il est raisonnable de réaliser une échocardiographie transœsophagienne avant la cardioversion, et de réaliser la cardioversion s'il n'y a pas de thrombus dans l'oreillette gauche, étant entendu que l'anticoagulation a été mise en œuvre avant l'ETO et maintenue après la cardioversion pendant au moins 4 semaines (IIa, B).

>>> En cas de FA ou de *flutter* atrial depuis plus de 48 heures ou de durée inconnue, une anticoagulation par AOD est raisonnable pendant au moins 3 semaines avant et 4 semaines après la cardioversion (IIa, C).

>>> En cas de FA ou de *flutter* atrial depuis moins de 48 heures et de risque

thromboembolique bas, l'héparine par voie IV, une HBPM, ou un AOD, ou l'absence de traitement antithrombotique peut-être envisagé avant la cardioversion (IIb, C).

2. Cardioversion électrique

>>> Elle est recommandée en cas de FA ou de *flutter* atrial afin de restaurer un rythme sinusal. Si elle n'est pas efficace, de nouvelles tentatives peuvent être faites (I, B).

>>> Elle est recommandée en cas de FA ou de *flutter* atrial avec réponse ventriculaire rapide qui ne répond pas aux traitements médicamenteux (I, C).

>>> Elle est recommandée en cas de FA ou de *flutter* atrial avec pré-excitation et instabilité hémodynamique (I, C).

>>> Il est raisonnable de répéter les cardioversions électriques en cas de FA persistante si le rythme sinusal est maintenu pendant une durée cliniquement significative entre les cardioversions (IIa, C).

3. Cardioversion pharmacologique

>>> Le flécaïnide, le dofétilide, la propafénone et l'ibutilide IV sont utiles pour la cardioversion d'une FA ou d'un *flutter* atrial après vérification de l'absence de contre-indication (I, A).

>>> L'amiodarone est une option raisonnable pour la cardioversion pharmacologique d'une FA (IIa, A).

>>> La propafénone ou le flécaïnide ("pilule dans la poche") afin d'arrêter une FA en dehors de l'hôpital est raisonnable, une fois la bonne tolérance vérifiée dans un milieu médicalisé (IIa, D).

>>> Le dofétilide ne doit pas être utilisé en dehors de l'hôpital (III, B).

4. Maintien du rythme sinusal par des médicaments antiarythmiques

>>> Avant d'initier un tel traitement, le traitement d'une cause précipitante ou réversible de la FA est recommandé (I, C).

>>> Les médicaments antiarythmiques suivants sont recommandés chez les patients en FA afin de maintenir le rythme sinusal, en tenant compte de la maladie cardiaque sous-jacente et des comorbidités (I, A) : amiodarone, dofétilide, dronédarone, flécaïnide, propafénone, sotalol.

>>> Les risques des médicaments antiarythmiques, dont la proarythmie, doivent être évalués avant l'initiation du traitement (I, C).

>>> Du fait de ses toxicités potentielles, l'amiodarone ne doit être utilisée qu'après évaluation des risques et lorsque les autres médicaments ont été inefficaces ou sont contre-indiqués (I, C).

>>> Une stratégie de contrôle médicamenteux du rythme peut être utile chez les patients en FA pour le traitement d'une cardiomyopathie induite par la tachycardie (IIa, C).

>>> Il peut être raisonnable de poursuivre un traitement antiarythmique en cas de récurrences de FA rares et bien tolérées, lorsque le médicament a diminué la fréquence ou les symptômes de la FA (IIb, C).

>>> Un traitement antiarythmique pour le contrôle du rythme ne doit pas être poursuivi lorsque la FA devient permanente (III, C), y compris la dronédarone (III, B).

>>> La dronédarone ne doit pas être utilisée pour le traitement de la FA chez les patients en classe III ou IV de la NYHA, ou qui ont eu un épisode d'insuffisance cardiaque décompensée dans le mois précédent (III, B).

5. Maintien du rythme sinusal par ablation de la FA par cathétérisme interventionnel

>>> L'ablation de la FA par cathétérisme interventionnel est utile en cas de FA paroxystique symptomatique réfractaire ou intolérante à au moins un médicament antiarythmique de classe I ou III, lorsqu'une stratégie de contrôle du rythme est souhaitée (I, A). Avant de l'envisager, une évaluation des risques et des résultats chez ce patient donné est recommandée (I, C).

>>> L'ablation est raisonnable chez les patients sélectionnés avec FA persistante symptomatique réfractaire ou intolérante à au moins 1 médicament antiarythmique de classe I ou III (IIa, A).

>>> En cas de FA paroxystique symptomatique récidivante, l'ablation est une stratégie de contrôle du rythme initiale raisonnable, avant les essais de médicaments antiarythmiques, après avoir pesé les risques et les résultats du traitement par médicament ou par ablation (IIa, B).

>>> L'ablation peut être envisagée en cas de FA persistante, existant depuis plus d'un an, réfractaire ou intolérante à au moins 1 médicament antiarythmique de classe I ou III, quand une stratégie de contrôle du rythme est souhaitée (IIb, B).

>>> L'ablation peut être envisagée avant l'initiation d'un traitement par un antiarythmique de classe I ou III en cas de FA persistante symptomatique, lorsqu'une stratégie de contrôle du rythme est souhaitée (IIb, C).

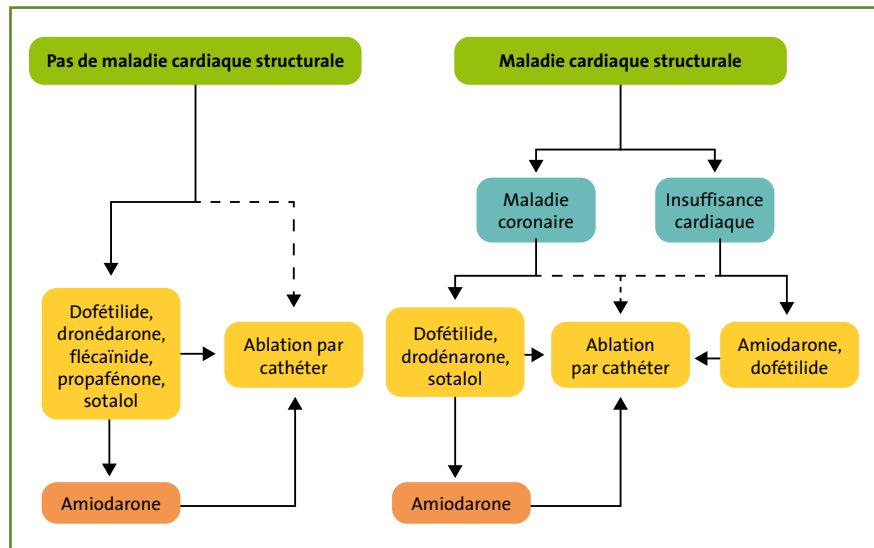


FIG. 2 : Stratégies de contrôle du rythme en cas de FA paroxystique ou persistante.

>>> L'ablation ne doit pas être réalisée chez les patients qui ne peuvent pas recevoir un traitement anticoagulant pendant et après l'ablation (III, C).

>>> Une ablation afin de restaurer un rythme sinusal ne doit pas être réalisée dans le seul but d'éviter un traitement anticoagulant (III, C).

>>> La **figure 2** présente les stratégies de contrôle du rythme en cas de FA paroxystique ou persistante.

6. Ablation chirurgicale de la FA (chirurgie du labyrinthe : "Maze procedure")

>>> Une ablation chirurgicale d'une FA est raisonnable chez des patients en FA ayant une intervention chirurgicale

cardiaque pour une autre indication (IIa, C).

>>> Une ablation chirurgicale de la FA isolée peut être raisonnable chez des patients sélectionnés ayant une FA très symptomatique pour laquelle les autres thérapeutiques sont en défaut (IIb, B).

Bibliographie

1. January CT... 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2014 Mar 28 ou *Circulation* 2014 Apr 10; <http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/04/10/CIR.0000000000000040>