

## REVUES GÉNÉRALES

### Fibrillation auriculaire

# Quand arrêter les traitements anticoagulants après ablation de FA ?

**RÉSUMÉ :** En consultation, nous sommes de plus en plus souvent amenés à rencontrer des patients ayant été traités par une ablation de fibrillation atriale. Bien que ce ne soit pas l'objectif initial, se pose alors la question de la poursuite du traitement anticoagulant. Il n'y a actuellement aucune étude randomisée à large effectif nous permettant de répondre à cette question. La conduite dépend généralement de l'habitude des centres. Cependant, certaines études évaluant le suivi des patients ayant été traités par ablation permettent de fournir des arguments de réponse à notre question. Dans les trois premiers mois suivant l'intervention, il est constaté un surrisque embolique justifiant une anticoagulation efficace. Après ce délai, le risque embolique diminue nettement.



→ N. AUQUIER

Service de Cardiologie, CHU, ROUEN.

**L**a fibrillation atriale est l'arythmie la plus fréquente. De par son caractère emboligène, elle nécessite souvent une anticoagulation efficace à vie. Les mécanismes de la formation du thrombus dans cette situation restent à ce jour complexes et incertains. Ce risque embolique par an peut actuellement être évalué par le score CHADS<sub>2</sub>-VASc. C'est ce score qui permet de déterminer l'indication d'une anticoagulation au long cours en cas de fibrillation atriale non valvulaire. Lorsque celui-ci est supérieur ou égal à 2, l'indication à une anticoagulation est stricte. En cas de score égal à 0, l'abstention thérapeutique prévaut sur la prescription d'une simple antiagrégation plaquettaire. Lorsque le score est égal à 1, l'anticoagulation ou l'antiagrégation se discutent avec une préférence pour l'anticoagulation.

Depuis quelques années, la procédure d'ablation de fibrillation atriale s'est très largement développée. Celle-ci vise à maintenir définitivement le patient en rythme sinusal. Cependant, elle n'a, à ce jour, pas démontré sa capacité à supprimer ou diminuer le risque embolique.

Il n'y a donc aucune recommandation préconisant l'ablation de fibrillation atriale en prévention du risque embolique. Actuellement, cette procédure interventionnelle ne vise qu'à réduire la symptomatologie engendrée par cette arythmie.

En consultation, nous sommes de plus en plus fréquemment amenés à suivre des patients qui ont déjà eu une ablation et pour lesquels la question de la poursuite ou de l'arrêt du traitement anticoagulant se pose.

### **L'anticoagulation à la phase aiguë de l'ablation**

Dans les suites immédiates de la procédure, le risque embolique est artificiellement accru. Cela s'explique notamment par la présence temporaire de matériel (gaines, sondes...) dans l'oreillette gauche mais aussi par les lésions qui y sont réalisées, génératrices d'inflammation locale et donc de thrombus. Concernant le maintien en rythme sinusal, il est difficile d'évaluer l'efficacité

## REVUES GÉNÉRALES

### Fibrillation auriculaire

de l'intervention lors des trois premiers mois, puisque les lésions provoquées ne sont pas encore figées. Nous savons que les récidives au cours de cette période sont fréquentes, à tel point qu'il n'est généralement pas recommandé de considérer les récidives rythmiques pour évaluer le succès ou l'échec de l'intervention avant le troisième mois.

L'évaluation du risque embolique à court et moyen termes est délicate. Il a été étudié en 2011 sur une population de 755 patients ayant subi une ablation de fibrillation atriale par radiofréquence [1]. L'ensemble des événements emboliques était relevé sur un suivi moyen de 25 mois après l'intervention. Sept (0,9 %) événements emboliques sont survenus dans les 15 premiers jours suivant l'intervention. Seulement 2 (0,3 %) sont apparus après ce délai. L'ensemble de ces événements est survenu alors que le patient était sous traitement anticoagulant. Nous pouvons en déduire que le risque embolique est majeur dans les jours qui suivent l'intervention pour diminuer progressivement par la suite.

Dans cet article, les différentes hypothèses émises pour expliquer ce surrisque sont : la perte de 30 % de la fonction hémodynamique de la systole atriale (secondaire à la sidération de l'oreillette gauche), la persistance d'accès de fibrillation atriale (notamment asymptomatique) et les défauts d'anticoagulation. En effet, cette étude a le mérite de s'être intéressée à la qualité de l'anticoagulation des patients lors de la survenue des événements emboliques. Si nous considérons les 7 événements survenus au cours des 2 premières semaines, nous constatons que seul un patient était correctement anticoagulé par son antivitamine K (AVK) (INR > 2). Trois avaient un INR inférieur à 2 sans couverture par héparinothérapie et 3 étaient en cours de relais héparine-AVK. La question du défaut de l'anticoagulation se pose donc.

Plus récemment, une importante cohorte danoise est venue confirmer cette idée d'un surrisque embolique dans les suites immédiates de l'ablation [2]. Elle a regroupé 4 050 patients suivis sur une moyenne de 3,4 années. Durant cette période, 2,5 % des patients présentèrent un événement embolique. Exprimé en patient par année, le risque embolique est de 12,9 % au cours des deux premières semaines post-ablation pour passer à 2,3 % au cours des deux suivantes et baisser progressivement à 0,6 % sur un suivi de plus d'un an. Nous pouvons retenir de cette étude que le risque embolique après ablation est faible et qu'il se concentre essentiellement sur les premières semaines suivant le geste.

A la lecture de ces données, il paraît évident que la poursuite d'une anticoagulation pendant les trois premiers mois s'impose, et ce quel que soit le niveau du score CHADS<sub>2</sub>-VASc.

#### L'anticoagulation à plus de trois mois de l'ablation

La poursuite d'une anticoagulation au long cours est une discussion complexe. Il est à ce jour impossible de donner une réponse univoque quant à sa poursuite ou son arrêt. Aucune étude actuelle n'a permis de savoir si un retour définitif en rythme sinusal supprimait le risque embolique. La décision concernant l'éventuel arrêt du traitement anticoagulant se fera donc au cas par cas et devra prendre en compte plusieurs facteurs que nous allons préciser.

#### 1. Les scores de risque

La question prendra systématiquement en compte les scores de risque embolique (CHADS<sub>2</sub>-VASc) et hémorragique (HAS-BLED) du patient. Rappelons qu'en cas de score CHADS<sub>2</sub>-VASc à 0, le traitement anticoagulant peut être arrêté en toute sécurité. En cas de score CHADS<sub>2</sub>-VASc élevé, le rapport

bénéfice/risque est naturellement en défaveur de l'arrêt du traitement anticoagulant. C'est donc pour les patients ayant un score égal à 1 que la discussion est plus complexe. Or, cela représente un nombre non négligeable de nos patients. Dans une étude américaine portant sur 1 990 patients ayant subi une ablation de fibrillation atriale, 40 % (796 patients) d'entre eux présentaient un score CHADS<sub>2</sub>-VASc à 1 [3]. Chez ces patients, il faut donc prendre en compte le score HAS-BLED. En cas de score important (> 3), nous serons plus enclins à arrêter le traitement. Dans toutes les autres situations, il s'agira d'une discussion au cas par cas prenant en compte les facteurs détaillés ci-après.

#### 2. Le succès de l'intervention

Il reste difficile à déterminer aujourd'hui. Nous savons que de nombreux patients présentent des accès d'arythmies asymptomatiques qui ont le même pouvoir emboligène que les accès symptomatiques. Or, il a été montré que l'ablation participe à augmenter le ratio arythmie asymptomatique/arythmie symptomatique [4]. Par conséquent, un patient ne présentant plus de symptômes peut n'être que faussement rassurant. Ces accès asymptomatiques restent très difficiles à évaluer et nécessitent la multiplication des enregistrements ECG de longue durée.

Le taux de succès de l'ablation dépend éminemment du type de fibrillation atriale. Les chiffres varient actuellement de 60 à 80 % en cas de fibrillation atriale paroxystique à 50 à 70 % en cas de fibrillation atriale persistante [5]. Il convient donc d'être plus réservé en cas d'ablation de fibrillation atriale persistante.

Enfin, l'évaluation du succès dépend fortement de la période de surveillance. Du fait du caractère récent de cette procédure, nous avons encore peu d'études évaluant l'efficacité de l'ablation au long cours et il est parfois difficile de certi-

fier que les patients considérés comme guéris à 1 an ne referont pas des accès asymptomatiques à 5 ou 10 ans. Le taux de succès actuel à 5 ans est évalué à 30 % suite à une seule procédure [6].

### 3. Le type d'intervention, le type de fibrillation atriale et la dimension de l'oreillette gauche

Plus la maladie progresse, plus les mécanismes arythmogènes sont nombreux et complexes. L'importance du risque embolique en fonction du type de fibrillation atriale (paroxystique ou persistant) reste en débat. Cependant, en dehors de cette question, nous savons qu'une ablation de fibrillation atriale paroxystique peut actuellement se traiter uniquement par une isolation des quatre veines pulmonaires, ce qui représente des lésions provoquées dans l'oreillette gauche plus modérées. En cas de fibrillation atriale persistante, il est généralement nécessaire d'avoir recours à d'autres techniques d'ablation telles que la défragmentation ou la réalisation de ligne dans l'oreillette. Ces gestes plus étendus participeront à retarder le retour de la systole atriale.

Une dilatation de l'oreillette gauche favorise le développement de fibrillation atriale, mais la fibrillation en elle-même, au cours de sa progression, va participer à dilater l'oreillette gauche. Il est donc important d'évaluer chez nos patients les dimensions de cette cavité. Si celle-ci est dilatée, cela doit nous inciter à davantage de prudence ainsi qu'à poursuivre le traitement anticoagulant.

### 4. La récupération d'une systole atriale

Nous expliquons mal actuellement l'ensemble des mécanismes amenant à la formation du thrombus lors d'une fibrillation atriale, cependant, la disparition de la systole atriale y participe certainement. Le retour de celle-ci peut être évalué à l'aide de l'échographie cardiaque par la récupération d'une onde A

## POINTS FORTS

- ➞ Dans les suites immédiates d'une ablation de fibrillation atriale, le risque embolique est accru. Cela implique une anticoagulation stricte et efficace.
- ➞ À trois mois de l'intervention, la poursuite de l'anticoagulation dépend essentiellement du score CHADS<sub>2</sub>-VASc.
- ➞ En cas de score CHADS<sub>2</sub>-VASc égal à 1 ou de situations complexes, ne pas hésiter à s'aider du score HAS-BLED, des dimensions de l'oreillette gauche et de la présence d'une onde A au flux transmitral.

lors de l'enregistrement du flux Doppler transmitral en rythme sinusal.

### 5. Que disent les sociétés savantes ?

Enfin, concernant l'ablation de fibrillation atriale, il faut se fier aux recommandations européennes, qui préconisent de suivre scrupuleusement les indications d'anticoagulation selon le score CHADS<sub>2</sub>-VASc [7] [8].

## Conclusion

La poursuite d'une anticoagulation stricte dans les trois mois suivant l'ablation est nécessaire pour contrer l'accroissement du risque embolique. Suite à cette période, l'indication à l'arrêt de l'anticoagulation tient en grande partie à l'évaluation du score CHADS<sub>2</sub>-VASc, mais aussi en partie au score HAS-BLED. En cas de score égal à 0, le traitement peut être interrompu. En cas de score  $\geq$  à 2, il semble actuellement nécessaire de le poursuivre. En cas de score égal à 1, il faut peser le rapport bénéfice/risque en prenant en compte les autres critères.

### Bibliographie :

1. ORAL H, CHUGH A, OZAYDIN M *et al.* Risk of thromboembolic events after percutaneous left atrial radiofrequency ablation of atrial fibrillation. *Circulation*, 2006;114:759-765.
2. KARASOY D, GISLASON GH, HANSEN J *et al.* Oral anticoagulation therapy after radiofrequency ablation of atrial fibrillation and the risk of thromboembolism and serious bleeding: long-term follow-up in nationwide cohort of Denmark. *Eur Heart J*, 2015;36:307-314a.
3. RILEY MP, ZADO E, HUTCHINSON MD *et al.* Risk of stroke or transient ischemic attack after atrial fibrillation ablation with oral anticoagulant use guided by ECG monitoring and pulse assessment. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2014;25:591-596.
4. VERMA A, CHAMPAGNE J, SAPP J *et al.* Discerning the incidence of symptomatic and asymptomatic episodes of atrial fibrillation before and after catheter ablation (DISCERN AF): a prospective, multicenter study. *JAMA Intern Med*, 2013;173:149-156.
5. HAEGELI LM, CALKINS H. Catheter ablation of atrial fibrillation: an update. *Eur Heart J*, 2014;35:2454-2459.
6. WEERASOORIYA R, KHAIRY P, LITALIEN J *et al.* Catheter ablation for atrial fibrillation: are results maintained at 5 years of follow-up? *J Am Coll Cardiol*, 2011;57:160-166.
7. CAMM AJ, LIP GYH, DE CATERINA R *et al.* 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation--developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Europace*, 2012;14:1385-1413.
8. JANUARY CT, WANN LS, ALPERT JS *et al.* 2014 AHA/ACC/HRS guideline 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 Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*, 2014;64:e1-76.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.