

## Le dossier – FA silencieuse

### Éditorial

# Le silence est d'or? Pas toujours...



**S. BOVEDA**  
Service de Cardiologie-Rythmologie,  
Clinique Pasteur, TOULOUSE.

**S'**il est un domaine dans lequel “le silence”, c’est-à-dire l’absence de symptômes, est délétère, c’est bien celui de la fibrillation atriale. En effet, les plaintes associées à ce trouble du rythme peuvent être extrêmement variables, quantifiées selon la classification européenne *European Heart Rhythm Association* – EHRA (de 1 : asymptomatique à 4 : mauvaise tolérance). Les symptômes du patient, lorsqu’ils existent, sont de différents types, comme des palpitations, des précordialgies, de la dyspnée, parfois des lipothymies. Ils déclenchent l’instauration rapide d’un traitement anticoagulant, afin de prévenir efficacement la survenue d’un accident embolique, à destinée essentiellement cérébrale.

À l’inverse, en l’absence de signes annonciateurs, le risque embolique ne pourra être anticipé ni traité et, par conséquent, la survenue d’un accident vasculaire cérébral (AVC) signera d’emblée l’existence possible d’une fibrillation atriale (FA) pour un patient donné. Il est par ailleurs généralement admis que 20 à 30 % des événements cérébraux ischémiques sont dus à cette arythmie et des épisodes silencieux de FA paroxystique sont également diagnostiqués de plus en plus fréquemment après la survenue d’un AVC.

Le binôme cardiologue-neurologue paraît donc essentiel, d’une part, pour traiter l’événement neurologique et rechercher efficacement une possible FA silencieuse afin d’éviter les récurrences, et, d’autre part, pour sensibiliser la communauté médicale et la population à l’importance du dépistage de cette arythmie en amont d’un accident neurologique dans le but de le prévenir. C’est dans cet esprit de collaboration pluridisciplinaire que nous avons voulu construire ce numéro spécial de *Réalités Cardiologiques*, afin d’avoir une vision globale et réaliste de cette pathologie cardiaque aux conséquences neurologiques parfois dramatiques.

Dans cette croisade contre le risque embolique, une alliance s’est ainsi tout naturellement tissée entre neurologues et cardiologues, ces derniers ayant assumé depuis de nombreuses années que l’enjeu de la fibrillation atriale n’était pas tant lié à l’arythmie qu’à l’embolie... Cette synergie entre les deux disciplines s’est encore renforcée avec la mise en place des *stroke centers*, de la neurologie interventionnelle, mais aussi depuis l’avènement des nouveaux anticoagulants (AODs) dont l’apport en termes d’efficacité, de rapport risque/bénéfice et certainement d’observance est aujourd’hui incontestable.

## ■ Le dossier – FA silencieuse

Cet esprit de consensus et de collaboration se retrouve dans les toutes dernières recommandations européennes sur la fibrillation atriale telles qu'elles ont récemment été présentées à l'*European Society of Cardiology* (ESC, Rome, 2016) et auxquelles nos collègues neurologues ont pris une part importante, par l'intermédiaire de l'*European Stroke Organisation* (ESO).

C'est dans cet élan que nous avons demandé à notre collègue neurologue toulousain, **Jean-François Albucher**, de nous apporter un éclairage particulier et pratique sur la conduite à tenir devant un AVC ischémique cryptogénique qui, nous le verrons, représente environ 1/4 des infarctus cérébraux, posant ainsi le problème de la prévention secondaire. Il s'agit d'une mise au point claire et précise qui apportera des réponses sur la démarche diagnostique, la prise en charge thérapeutique et l'enjeu pour ce groupe particulier de patients.

De façon complémentaire et logique, **Jean-Claude Deharo** nous convaincra de l'utilité des enregistreurs électrocardiographiques pour resserrer l'étau autour de l'arythmie coupable et essayer d'apporter ainsi au neurologue la réponse à ses questions après l'accident ou, idéalement, avant celui-ci, en présence de symptômes annonciateurs. Cette démarche diagnostique irréfutable est indispensable pour permettre la mise en place d'un traitement approprié, le plus souvent anticoagulant, qui permettra de protéger efficacement le patient. Le flagrant délit d'arythmie étant le but recherché, les méthodes faisant appel à l'électrocardiographie non invasive ou micro-invasive seront privilégiées, tout au moins dans une phase initiale.

Des moyens complémentaires seront ensuite abordés par **Pascal Defaye** qui détaillera les possibilités que le cardiologue a aujourd'hui à sa disposition pour traquer cette pathologie chez des patients porteurs d'une prothèse implantable, mais aussi – ce qui est certainement plus délicat – les décisions à prendre après un diagnostic fortuit chez un patient asymptomatique. Nous serons ici le plus souvent dans le cadre de la prévention primaire, ce qui pose des problèmes évidents, en particulier en termes de rapport risque/bénéfice à traiter, ou ne pas traiter, le patient par anticoagulants au long cours...

Enfin, **Laurent Fauchier** et son équipe nous expliqueront pourquoi et comment rechercher la FA silencieuse après ablation. En effet, il pourrait paraître incongru de s'intéresser au dépistage d'une arythmie qui a été traitée, à priori efficacement, par des méthodes interventionnelles qui, il est vrai, donnent aujourd'hui de bons résultats. Et pourtant...

Tous les auteurs ont contribué à faire de ce numéro un "must" pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la FA silencieuse. Qu'ils en soient ici chaleureusement et amicalement remerciés !

Très bonne lecture à vous tous !