

Revue générale

Fibrillation atriale dans l'insuffisance cardiaque aiguë

Les groupes soins cardiovasculaires aigus et rythmologie de la Société européenne de cardiologie ont rédigé un document conjoint de recommandations sur la fibrillation atriale (FA) dans l'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) en 2020 (journals.sagepub.com/eprint/DPAFDJFDKISYDJQ5UFVE/full).



F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Une FA et une ICA coexistent souvent et peuvent s'exacerber l'une l'autre. Leur association conduit à une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Le traitement d'une maladie sous-jacente, l'identification et le traitement de causes et de facteurs précipitants potentiellement corrigibles et l'anticoagulation sont cruciaux.

Les facteurs de risque de FA sont présentés dans la **figure 1**, les scénarios principaux d'une FA dans l'ICA dans le **tableau I**, l'algorithme et le dosage des

médicaments pour le contrôle de la fréquence cardiaque (FC) dans la **figure 2**, l'algorithme du traitement de la FA dans l'ICA dans la **figure 3**, les médicaments pour le maintien du rythme sinusal (RS) après cardioversion d'une FA dans le **tableau II** et les doses d'héparine recommandées dans le **tableau III**.

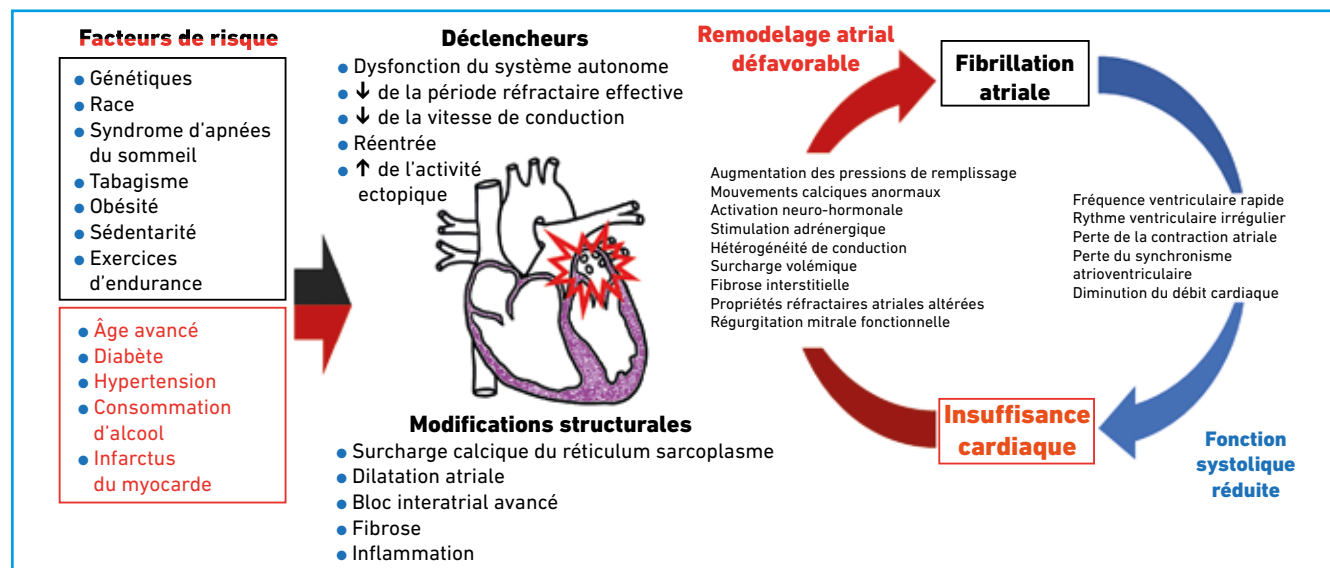


Fig. 1 : Facteurs de risque de fibrillation atriale. En rouge, les facteurs de risque communs à la FA et à l'ICA. Ces facteurs conduisent à des modifications structurales du cœur, le rendant plus vulnérable à la FA. L'ICA entraîne un remodelage atrial défavorable qui favorise la FA et perpétue le cercle vicieux.

Revue générale

Scénario	FA connue	Fréquence ventriculaire	Autre déclencheur d'ICA	FA	Prise en charge de la FA
1	Oui	120-160	Non	Causale	Rapidement contrôle de la FC/du rythme
2	Non	120-160	La FA est la conséquence de l'ICA	Conséquence	Le traitement de l'ICA est le plus important
3	Oui	60-100	Oui		Pas de modification
4	Oui	100-120	?	?	Contrôle de la FC/du rythme

Tableau 1: Scénarios principaux d'une fibrillation atriale dans l'insuffisance cardiaque aiguë.

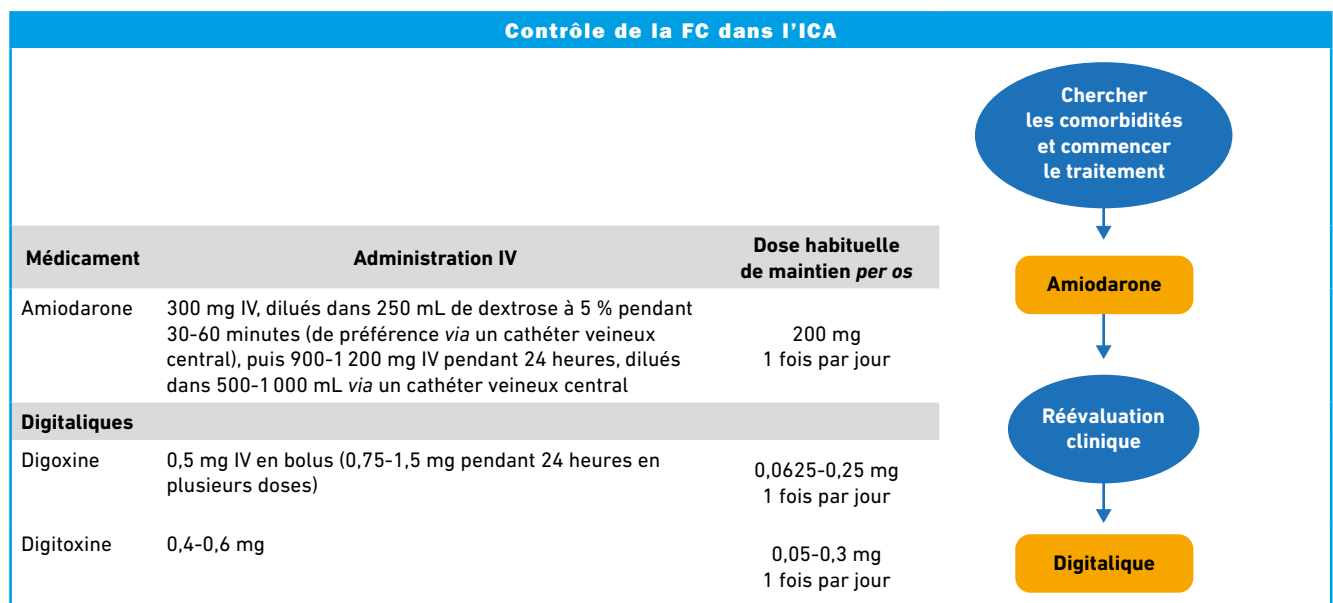


Fig. 2 : Algorithme et dosage des médicaments pour le contrôle de la fréquence cardiaque.

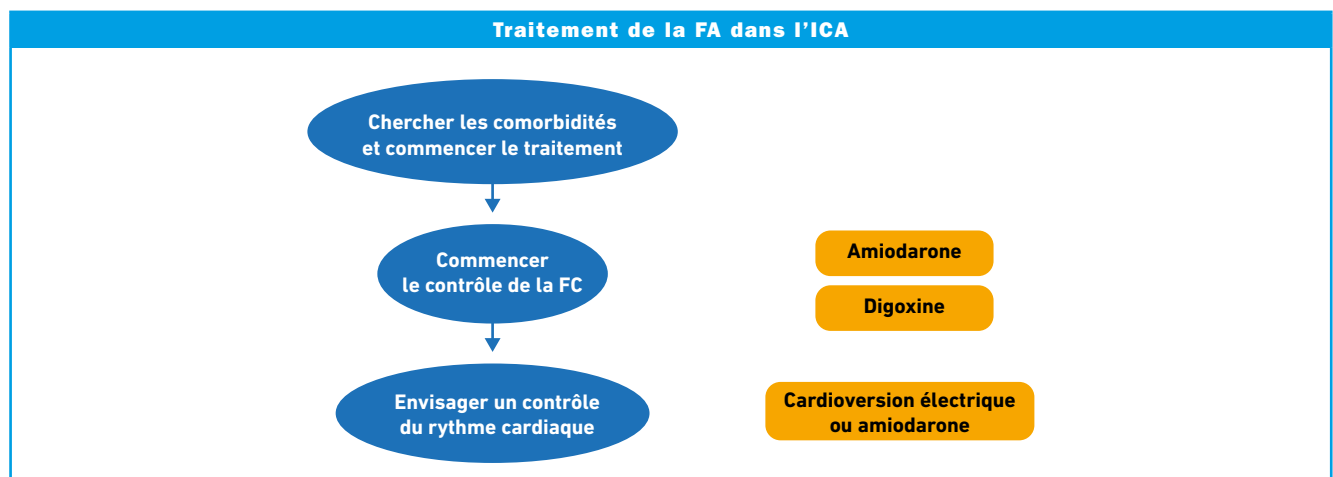


Fig. 3 : Algorithme du traitement de la fibrillation atriale dans l'insuffisance cardiaque aiguë.

Médicament	Commentaires	Effets secondaires importants
Amiodarone	Sûre chez les patients en IC, donc à utiliser pour le maintien du RS chez les patients qui ont une ICA	Extracardiaques (en particulier en cas de traitement à long terme) Torsade de pointe (lorsqu'il y a co-prescription d'un médicament allongeant la durée de l'intervalle QT et en cas d'intervalle QT long)
Dofétilide	Sûr chez les patients en IC, donc à utiliser pour le maintien du RS chez les patients qui ont une ICA	Torsade de pointe

Tableau II : Médicaments pour le maintien du rythme sinusal après cardioversion d'une fibrillation atriale.

Médicament	Voie d'administration	Dose recommandée
Héparine	IV	70 U/kg en bolus, puis perfusion de 15 U/kg/h Ajuster la dose sur le temps de céphaline activée et le nomogramme de l'hôpital
Énoxaparine	SC	1 mg/kg 2 fois par jour Dose plus faible en cas d'altération de la fonction rénale
Daltéparine	SC	200 UI/kg 1 fois par jour ou 100 UI/kg 2 fois par jour Ne pas dépasser 18 000 UI par jour
Tinzaparine	SC	175 UI/kg 1 fois par jour

Tableau III : Doses d'héparine recommandées.

Revue générale

Recommandations

1. Recommandations générales

Les principes de la prise en charge d'une FA et d'une ICA peuvent être alignés sur le chemin ABC (voir les recommandations de l'ESC sur la FA).

2. Évaluation du risque d'accident vasculaire cérébral et prévention

Le score CHA₂DS₂-VASc est pratique pour l'évaluation du risque d'accident vasculaire cérébral.

Le risque individuel est dynamique et doit être réévalué à chaque consultation. Chez les patients qui ont une FA et une IC, les facteurs de risque hémorragique modifiables doivent être recherchés à chaque consultation.

Le risque hémorragique est très dynamique et doit être évalué à chaque consultation.

Le score HAS-BLED est important pour repérer les patients à haut risque hémorragique afin de revoir ces derniers précocement et attirer leur attention sur les facteurs de risque hémorragique modifiables.

À la phase aiguë, les anticoagulants par voie parentérale sont nécessaires pendant la période de la cardioversion.

Une anticoagulation orale à long terme est nécessaire chez les patients en FA et à haut risque d'accident vasculaire cérébral ou d'embolie systémique selon leur score CHA₂DS₂-VASc (≥ 2 chez les hommes et ≥ 3 chez les femmes).

L'ICA est un des composants du score CHA₂DS₂-VASc. Elle augmente le risque d'accident vasculaire cérébral. C'est une indication d'anticoagulation orale.

3. Contrôle de la FC et du rythme

Avant l'hospitalisation, un transfert rapide des patients en ICA et en FA

dans l'hôpital le plus proche, de préférence dans un hôpital qui dispose d'un service de cardiologie et/ou d'une unité de soins coronaires, est extrêmement important.

Une cardioversion en urgence est la première option thérapeutique en cas d'instabilité hémodynamique.

Le contrôle de la FC doit être commencé concomitamment. Une cause de FC rapide, telle qu'une ischémie, une infection, une anémie ou une embolie pulmonaire, doit être recherchée et traitée.

La FC cible optimale est habituellement inférieure à 100 battements par minute. Elle est guidée par l'amélioration hémodynamique et symptomatique.

L'amiodarone par voie IV est sûre et efficace pour le contrôle de la FC.

Si l'amiodarone échoue, les digitaliques sont une option.

Il faut évaluer et traiter une cause sous-jacente d'ICA et de FA avant d'envisager un contrôle du rythme.

Si le contrôle du rythme est nécessaire, la proposition est celle d'une cardioversion électrique.

Une cardioversion pharmacologique par amiodarone pour le contrôle du rythme est une option. Les autres antiarythmiques ne sont pas proposés.

L'amiodarone est proposée aussi pour le maintien du RS après la cardioversion.

Le dofétilide est sûr chez les patients qui ont une IC. Il peut être utilisé pour le maintien du RS après cardioversion.

La dronédarone, les antiarythmiques de classe IC (flécaïnide et propafénone) et le sotalol ne sont pas des options pour le maintien du RS après cardioversion.

4. IC à fraction d'éjection préservée

Sont nécessaires le traitement de la maladie sous-jacente, l'identification et le traitement de causes potentiellement corrigibles et de facteurs précipitants potentiellement corrigibles et une anticoagulation orale.

Chez les patients symptomatiques et hémodynamiquement stables pour lesquels un contrôle du rythme est préféré, une cardioversion par l'amiodarone par voie IV est proposée.

Lorsque le contrôle du rythme n'est pas indiqué ou si l'on pense qu'il sera inefficace, un contrôle de la FC par un bêta-bloquant, le vérapamil, le diltiazem ou la digoxine sont des options thérapeutiques.

Chez les patients qui ont une IC décompensée et une FA à réponse ventriculaire rapide, il faut rechercher et corriger une cause de décompensation.

Chez les patients hémodynamiquement stables, un bêta-bloquant par voie IV peut être prescrit pour le contrôle de la FC, en particulier chez les patients qui ont un traitement chronique par digoxine *per os*. Chez les patients qui ont une contre-indication aux bêta-bloquants et à la digoxine, l'amiodarone est une option pour le contrôle de la FC.

Les antiarythmiques autres que l'amiodarone ne sont pas recommandés, pas plus que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, les bêta-bloquants et les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes pour la prévention de la FA.

5. Prise en charge du risque cardiovasculaire et des comorbidités

Les causes réversibles de FA (et de réponse ventriculaire rapide) et d'ICA doivent être identifiées et corrigées.

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antago-

nistes des récepteurs de l'angiotensine II peuvent être des options en cas d'ICA hémodynamiquement stable avec fonction ventriculaire gauche altérée et/ou hypertension et hypertrophie ventriculaire gauche pour prévenir l'apparition d'une FA.

Les bêtabloquants sont une option en cas d'ICA hémodynamiquement stable

avec fonction ventriculaire gauche altérée pour prévenir la survenue d'une FA (et des récurrences symptomatiques de FA).

Les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes ne sont pas proposés dans l'ICA au seul titre de la prévention de la FA.

Les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes sont recommandés comme

dans les recommandations sur l'insuffisance cardiaque.

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