

I Revues générales

Anticoagulation orale dans la fibrillation atriale : un traitement à vie ?

RÉSUMÉ : Pour la majorité des patients avec fibrillation atriale, si le score $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ indique la nécessité d'instaurer un traitement anticoagulant, celui-ci doit être prescrit au long cours, y compris dans les cas de fibrillation atriale avec cause paraissant transitoire.

Le risque hémorragique tel qu'il est estimé actuellement par le score HAS-BLED ne constitue pas une contre-indication à ce traitement anticoagulant ou une indication à l'interrompre. Il faut donc essayer de respecter l'algorithme ABC des recommandations 2020 de la Société européenne de cardiologie : le A correspond à l'anticoagulation pour éviter les AVC et les embolies systémiques, en complément du traitement des symptômes par le contrôle du rythme et de la fréquence cardiaque (B) et le traitement des comorbidités (C).



L. FAUCHIER, A. BISSON
CHU Trousseau, TOURS.

Les indications d'anticoagulation orale (ACO) dans la fibrillation atriale (FA) découlent de la stratification du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et du score $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$. Dans certaines situations, la question est parfois envisagée d'une prescription transitoire des ACO.

Les recommandations ESC 2020

Les recommandations 2020 de la Société européenne de cardiologie (ESC) sur la prise en charge de la FA indiquent, dans un souci de simplification et de pédagogie, que la prise en charge doit se faire en respectant l'acronyme "ABC", le "A" étant relié à l'anticoagulation pour prévenir le risque d'accident vasculaire cérébral. La prise en charge reste similaire à ce qui est proposé depuis plusieurs années, basée sur le score $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$, avec une anticoagulation orale qui est recommandée lorsque ce score est ≥ 2

chez les hommes et ≥ 3 chez les femmes. L'anticoagulation peut être envisagée lorsque le score est à 1 chez les hommes et 2 chez les femmes [1]. En l'absence de contre-indication, les anticoagulants oraux directs (AOD) sont préférables aux antivitamines K (AVK) du fait de leur bénéfice clinique et de leur praticité.

Il n'est aucunement fait mention dans ces recommandations de la durée du traitement, ce qui témoigne du fait que cette stratégie est envisagée pour le long cours. Comme il est difficile en médecine d'employer les termes "à vie", on en retient que ce traitement se prescrit de manière prolongée lorsqu'il n'y a pas d'accident ou de problème de tolérance manifeste, et tant que par ailleurs les recommandations ne sont pas modifiées. Le registre EORP de la Société européenne de cardiologie indique que ces recommandations sont assez bien suivies, avec un traitement dans les situations mentionnées ci-dessus pour 90 % des patients [2].

■ La cardioversion

Le premier cas particulier pouvant faire envisager que le traitement anticoagulant soit prescrit mais qu'il ne soit pas poursuivi au long cours est celui de la cardioversion, qu'elle soit électrique ou médicamenteuse. Dans ce contexte, il faut dans tous les cas prescrire un traitement anticoagulant efficace pendant 3 semaines avant la cardioversion si l'ancienneté de l'arythmie est inconnue (ou avec une durée plus brève mais avec une échographie cardiaque transœsophagienne) et pendant 4 semaines après la cardioversion.

Le traitement pourra être interrompu au décours si le patient a un score CHA₂DS₂-VASc faible tel que décrit au paragraphe précédent. Après retour en rythme sinusal au décours de cette période initiale où l'anticoagulation est donc obligatoire pour encadrer le geste, la poursuite de l'anticoagulation repose ainsi, comme dans le cas général, sur le score CHA₂DS₂-VASc.

■ L'ablation de FA

Il en est de même pour la prise en charge après ablation par cathéter en cas de FA avec intervention au niveau de l'oreillette gauche. Dans ce cas, il faut envisager une anticoagulation systématiquement soit par AVK, soit par AOD pendant au moins 2 mois après l'ablation. Là encore, le traitement anticoagulant peut-être interrompu au-delà du 2^e mois sur la base du profil de risque et du score CHA₂DS₂-VASc bas, et non pas en fonction du succès apparent de la procédure d'ablation en termes de récurrence de palpitations ou d'un aspect ECG rythme sinusal ou d'une récurrence de l'arythmie.

Les recommandations préconisent de poursuivre l'anticoagulation en cas de score CHA₂DS₂-VASc élevé sans différence par rapport au cas général. L'étude faisant souvent référence dans

le domaine est celle de Chao *et al.*, en Corée du Sud, montrant que les taux d'événement après ablation de FA par classe de score CHA₂DS₂-VASc sont très similaires à ceux attendus pour une population tout-venant de patients avec FA [3]. Il semble donc illusoire de croire que le risque thromboembolique est très significativement diminué après une procédure d'ablation de FA même si elle paraît efficace pour le maintien du rythme sinusal, d'autant qu'il existe un nombre important de récurrences qui sont asymptomatiques, ce qui en soi est un succès pour la plupart des patients. Cependant, ce sujet reste matière à débat et des données récentes laissent entrevoir la possibilité dans le futur d'interrompre ce traitement sans tenir compte de ce score.

Le registre chinois de Yang *et al.* en 2020 a montré des taux d'événements thromboemboliques après ablation de FA extrêmement bas, à moins de 3 % après 4 ans de suivi, sans différence entre les patients qui étaient anticoagulés ou pas [4]. Sans remettre en cause la fiabilité générale des registres chinois en médecine, des éléments de confirmation restent nécessaires, soit par des analyses observationnelles robustes et exhaustives, soit par des études randomisées.

■ Le flutter atrial

On pourrait également se poser la même question d'interrompre le traitement anticoagulant pour le flutter atrial efficacement traité après ablation et qui a longtemps été réputé associé à un moindre risque de formation de thrombus. En réalité, la plupart des études observationnelles montrent que le risque d'accident vasculaire cérébral et d'événements thromboemboliques en cas de flutter n'est pas vraiment différent de celui de la FA [5]. Les recommandations internationales indiquent d'ailleurs que la prise en charge pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral se doit d'être similaire en cas de FA et de flutter [6].

Cela est assez bien illustré par les données observationnelles obtenues à grande échelle dans une étude à Taïwan avec un suivi au cours d'une dizaine d'années [7]. Sur une population totale d'environ 280 000 patients avec troubles du rythme atrial, 8 764 avaient un flutter atrial isolé (sans FA associée). Les taux d'AVC en fonction du score CHA₂DS₂-VASc et en fonction de la prise d'un traitement anticoagulant ou non sont présentés sur la **figure 1**. Il n'y a que dans le cas d'un score CHA₂DS₂-VASc ≤ 2 que le taux d'AVC est bas et similaire,

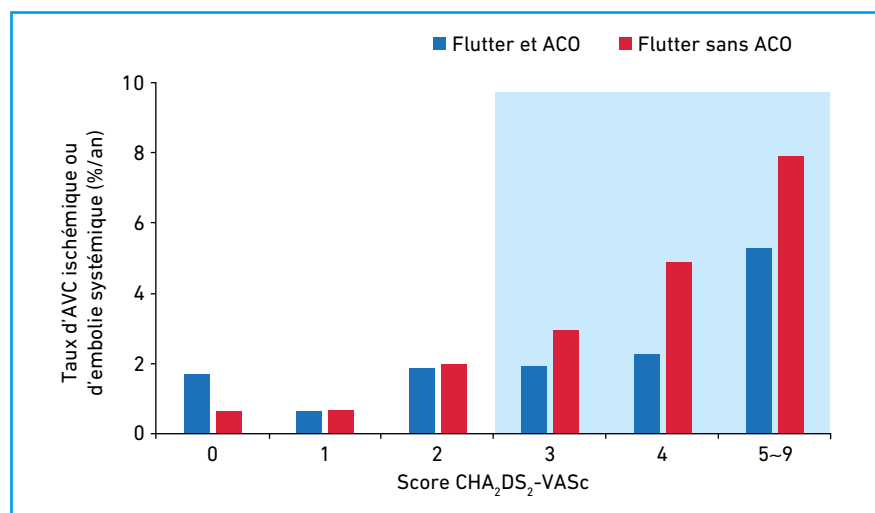


Fig. 1 : Risque thromboembolique en cas de flutter atrial traité ou non par anticoagulant oral (ACO). D'après [7].

Revue générale

que les patients soient traités par anticoagulant ou non. Dans les autres cas où le score CHA₂DS₂-VASC est ≥ 3 , on voit que le risque d'AVC pour les patients traités par anticoagulant est environ 2 fois moins important comparé aux patients qui ne reçoivent pas de traitement anticoagulant (**fig. 1**), ce qui est un témoin du bénéfice de ce traitement et de l'utilité de ne pas l'interrompre.

Les FA de causes "temporaires"

La FA est parfois associée à une cause paraissant "temporaire", lors d'un syndrome coronaire aigu (SCA), d'un sepsis, d'une hyperthyroïdie, d'une chirurgie, d'une péricardite ou d'une malencontreuse prise d'alcool, par exemple. Il s'agit d'un domaine de la littérature où les données ne sont pas très nombreuses et d'une robustesse discutable car, bien sûr, le plus souvent observationnelles. Une analyse française de ces patients avait montré un taux d'événements thromboemboliques non pas plus bas, mais au contraire très similaire à celui de patients avec une FA sans facteur déclenchant évident. En analyse multivariée, le traitement anticoagulant au long cours était associé à un risque 50 % plus bas d'événement thromboembolique [8].

Des conclusions similaires peuvent être tirées d'analyses plus récentes et à plus grande échelle réalisées au Danemark, montrant un risque moindre lorsque que ces patients avec FA de cause transitoire ont un traitement anticoagulant au long cours, et ce quelles que soient les circonstances possiblement déclenchantes : consommation d'alcool, hyperthyroïdie, syndrome coronarien aigu, chirurgie, infection (**fig. 2**) [9-11].

Pour le cas particulier des FA dans un contexte d'infection aiguë, une de ces équipes a ensuite montré que le taux de récurrence de FA était 25 fois plus élevé chez ces patients que pour le même type d'infection sans arythmie, avec un taux d'événement thromboembolique 2,5 fois plus élevé [12]. Il paraît donc inadéquat de penser que la FA dans ce contexte est un phénomène purement conjoncturel et que les récurrences sont improbables. En matière de FA avec une cause hypothétiquement transitoire, le principe assez général à garder en tête est plutôt "qui a fait de la FA en refait" [13]. Là encore, les recommandations ESC 2020 ne considèrent pas que la prise en charge du risque thromboembolique doit être différente dans ces circonstances et que le traitement pourrait être interrompu alors que le score CHA₂DS₂-VASC serait ≥ 2 pour les hommes et ≥ 3 pour les femmes.

Les saignements intracrâniens

Après saignement intracrânien sous ACO, la reprise du traitement, de préférence un AOD, est préconisée par les recommandations ESC avec un algorithme dédié [1]. De manière générale, pour ces patients avec accident hémorragique sévère, il est recommandé de suspendre les anticoagulants jusqu'à ce que la cause soit identifiée et traitée. Chaque cas nécessitera une décision individualisée pour redémarrer l'anticoagulant après évaluation des risques, des avantages, des alternatives et des préférences du patient en la matière [1, 14]. Néanmoins, cela est parfois impossible du fait de la topographie du saignement : dans ce cas, une procédure d'occlusion de l'auricule gauche par voie percutanée doit être discutée [1].

Les saignements mineurs

Les saignements mineurs peuvent inciter au quotidien à faire renoncer au traitement anticoagulant, probablement à tort. Dans une enquête française, les cardiologues interrogés à ce sujet ont déclaré procéder fréquemment à des modifications du traitement anticoagulant après un premier ou surtout un deuxième épisode de saignement mineur. Les patients

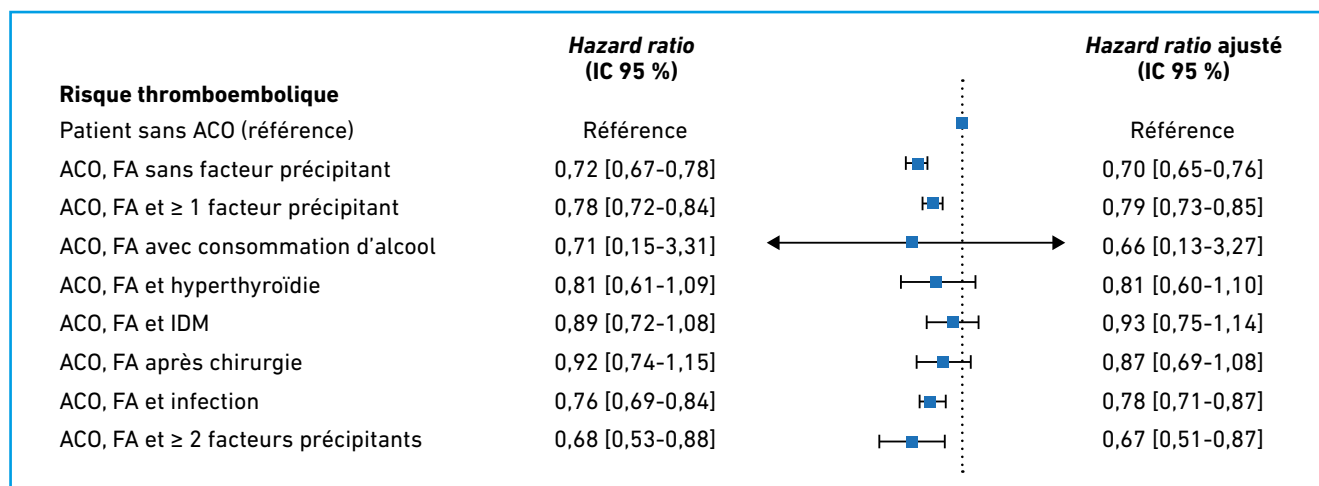


Fig. 2 : Risque thromboembolique associé au traitement anticoagulant oral (ACO) (vs pas d'ACO) en cas de fibrillation atriale avec cause possiblement favorisante lors de la présentation initiale. Adapté de [9].

POINTS FORTS

- Les anticoagulants oraux (ACO) en cas de FA sont-ils un traitement à vie ? Oui, dans la plupart des cas.
- On peut envisager d'interrompre un ACO après cardioversion ou procédure d'ablation si le score CHA₂DS₂-VASc est < 1 chez les hommes et < 2 chez les femmes.
- Les causes pseudo-transitoires de FA sont associées à un risque élevé de récides de FA et un risque thromboembolique similaire à celui des autres patients, incitant à prescrire les ACO au long cours.
- On incite le plus possible à reprendre un ACO prescrit pour FA après un saignement majeur, même lorsqu'il est intracrânien.
- En l'absence de contre-indications absolues aux ACO, le risque hémorragique, estimé par exemple avec le score HAS-BLED, ne devrait pas en soi aboutir à une décision de ne pas utiliser les ACO.

doivent être informés du risque de saignements mineurs et de leur possible présentation. L'interruption du médicament sans consultation médicale dans ce contexte doit être évitée [14].

Dans le cas de saignements gênants, on peut éventuellement proposer de sauter une prise (au maximum) du traitement anticoagulant. Il est surtout pertinent de prévenir les facteurs favorisant et de traiter la cause du saignement lorsque cela est possible. En cas de saignements possiblement récidivants sans possibilité thérapeutique pour ces récides, on peut aussi essayer de changer de molécule anticoagulante [14]. Les saignements mineurs ne doivent donc faire renoncer à un traitement anticoagulant au long cours que de manière marginale.

Conclusion

Les ACO en cas de FA sont-ils un traitement à vie ? Oui, dans la plupart des cas. Les traitements permettant d'obtenir le rythme sinusal ne diminuent pas significativement le risque thromboembolique et les FA de causes paraissant transitoires semblent associées au même risque thromboembolique que celui du patient

avec FA en général, ce qui fait que l'interruption du traitement ACO constitue une perte de chance. En outre, en l'absence de contre-indications absolues aux ACO, le risque hémorragique, estimé par exemple avec le score HAS-BLED, ne doit pas en soi aboutir à une décision de ne pas utiliser ou d'interrompre les ACO.

BIBLIOGRAPHIE

1. HINDRICKS G, POTPARA T, DAGRES N *et al.* 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*, 2021;42:373-498.
2. BORIANI G, PROIETTI M, LAROCHE C *et al.* Contemporary stroke prevention strategies in 11?096 European patients with atrial fibrillation: a report from the EURObservational Research Programme on Atrial Fibrillation (EORP-AF) Long-Term General Registry. *Europace*, 2018;20:747-757.
3. CHAO TF, LIN YJ, TSAO HM *et al.* CHADS(2) and CHA(2)DS(2)-VASc scores in the prediction of clinical outcomes in patients with atrial fibrillation after catheter ablation. *J Am Coll Cardiol*, 2011;58:2380-2385.
4. YANG WY, DU X, JIANG C *et al.* The safety of discontinuation of oral anticoagulation therapy after apparently successful atrial fibrillation ablation: a report from the Chinese Atrial Fibrillation Registry study. *Europace*, 2020;22:90-99.
5. CLEMENTY N, DESPRETS L, PIERRE B *et al.* Outcomes after ablation for typical atrial flutter (from the Loire Valley Atrial Fibrillation Project). *Am J Cardiol*, 2014;114:1361-1367.
6. CHAO TF, FAUCHIER L. Stroke prevention in patients with atrial flutter: many questions still unanswered. *Europace*, 2019;21:186-187.
7. CHEN YL, LIN YS, WANG HT *et al.* Clinical outcomes of solitary atrial flutter patients using anticoagulation therapy: a national cohort study. *Europace*, 2019;21:313-321.
8. FAUCHIER L, CLEMENTY N, BISSON A *et al.* Prognosis in patients with atrial fibrillation and a presumed "temporary cause" in a community-based cohort study. *Clin Res Cardiol*, 2017;106:202-210.
9. GUNDLUND A, KÜMLER T, BONDE AN *et al.* Comparative thromboembolic risk in atrial fibrillation with and without a secondary precipitant-Danish nationwide cohort study. *BMJ Open*, 2019;9:e028468.
10. BUTT JH, OLESEN JB, GUNDLUND A *et al.* Long-term Thromboembolic Risk in Patients With Postoperative Atrial Fibrillation After Left-Sided Heart Valve Surgery. *JAMA Cardiol*, 2019;4:1139-1147.
11. BUTT JH, OLESEN JB, HAVERS-BORGENSEN E *et al.* Risk of Thromboembolism Associated With Atrial Fibrillation Following Noncardiac Surgery. *J Am Coll Cardiol*, 2018;72:2027-2036.
12. GUNDLUND A, OLESEN JB, BUTT JH *et al.* One-year outcomes in atrial fibrillation presenting during infections: a nationwide registry-based study. *Eur Heart J*, 2020;41:1112-1119.
13. CURTIS AB, KHAN HA. Should All Atrial Fibrillation Be Considered a Life-Long Problem Requiring Prophylaxis Against Thromboembolism? *J Am Coll Cardiol*, 2018;72:2037-2039.
14. STEFFEL J, VERHAMME P, POTPARA TS *et al.* The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*, 2018;39:1330-1393.

L. Fauchier a déclaré être consultant ou orateur pour AstraZeneca, Bayer, BMS/Pfizer, Boehringer Ingelheim, Medtronic, Novartis et XO.
A. Bisson a déclaré les liens d'intérêts suivants : comités scientifiques, conférences, formations avec Bayer, AstraZeneca et Medtronic.