

Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur la fibrillation atriale

RÉSUMÉ : Les recommandations précédentes ne datent que de 2010. Le présent texte (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. Eur Heart J, 2012 Aug 24 [Epub ahead of print]*) n'est qu'une actualisation de certains points, sans reprendre l'ensemble du texte de 2010.

Voici les principales nouveautés.

→ F. DELAHAYE
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Recommandations générales

1. Dépistage de la FA

Chez les sujets âgés d'au moins 65 ans, un dépistage "opportuniste" par la prise du pouls, suivie d'un électrocardiogramme en cas de pouls irrégulier, est recommandé afin de détecter une fibrillation atriale (FA) avant un premier AVC (I, A).

2. Prévention des accidents thrombo-emboliques en cas de FA non valvulaire

Un traitement antithrombotique est recommandé chez tous les patients en FA, sauf ceux à bas risque (âge < 65 ans et FA idiopathique) ou en cas de contre-indication (I, A).

Le choix du traitement antithrombotique doit reposer sur l'évaluation des risques absolus d'accident thrombo-embolique et d'hémorragie et sur l'appréciation du bénéfice clinique net pour un patient donné (I, A).

Le score CHA₂DS₂-VASC est recommandé pour l'évaluation du risque thrombo-embolique dans la FA non valvulaire (I, A) (**tableau I**).

Lorsque ce score est égal à 0 (âge < 65 ans et FA idiopathique), chez des patients à bas risque, sans aucun facteur de risque, l'absence de traitement antithrombotique est recommandée (I, B).

Lorsque ce score est ≥ 2, un traitement anticoagulant par un AVK (INR entre 2 et 3), un inhibiteur direct de

la thrombine (dabigatran) ou un inhibiteur oral du facteur Xa (rivaroxaban, apixaban) est recommandé, sauf contre-indication (I, A).

Lorsque ce score est égal à 1, un traitement anticoagulant par dabigatran, rivaroxaban ou apixaban (sous réserve de l'approbation par l'European Medicines Agency [EMA]) doit être envisagé, après évaluation du risque de complication hémorragique et selon les préférences du patient (IIa, A).

Score CHA ₂ DS ₂ -VASC		
Lettre	Caractéristique	Points
C (congestive heart failure/ LV dysfunction)	Insuffisance cardiaque congestive/ dysfonction du ventricule gauche	1
H (hypertension)	HTA	1
A ₂ (age ≥ 75)	Age > 75 ans	2
D (diabetes mellitus)	Diabète	1
S ₂ (stroke/TIA/thromboembolism)	AVC/AIT/événement thrombo-embolique	2
V (vascular disease)	Maladie vasculaire	1
A (age 65-74)	Age compris entre 65 et 74 ans	1
Sc (sex category [female])	Sexe féminin	1

TABLEAU I.

CONGRÈS European Society of Cardiology

Chez les patients qui refusent l'anticoagulation, un traitement antiagrégant plaquettaire doit être envisagé, soit par une association d'aspirine, 75-100 mg/j et de clopidogrel, 75 mg/j (lorsque le risque hémorragique est bas), soit, de façon moins effective, par aspirine, 75-325 mg/j (IIa, B).

Nouveaux anticoagulants oraux

Lorsqu'un AVK, avec adaptation de la dose selon l'INR, ne peut pas être utilisé chez un patient en FA pour lequel un traitement anticoagulant est recommandé, un des nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, sous réserve de l'approbation par l'EMA) est recommandé (I, B).

Lorsqu'un traitement anticoagulant est recommandé, un nouvel anticoagulant oral doit être préféré au traitement AVK chez la plupart des

patients avec FA non valvulaire, du fait de leur bénéfice clinique net (IIa, A).

Choix de l'anticoagulant

Ce choix est présenté dans la **fig. 1**.

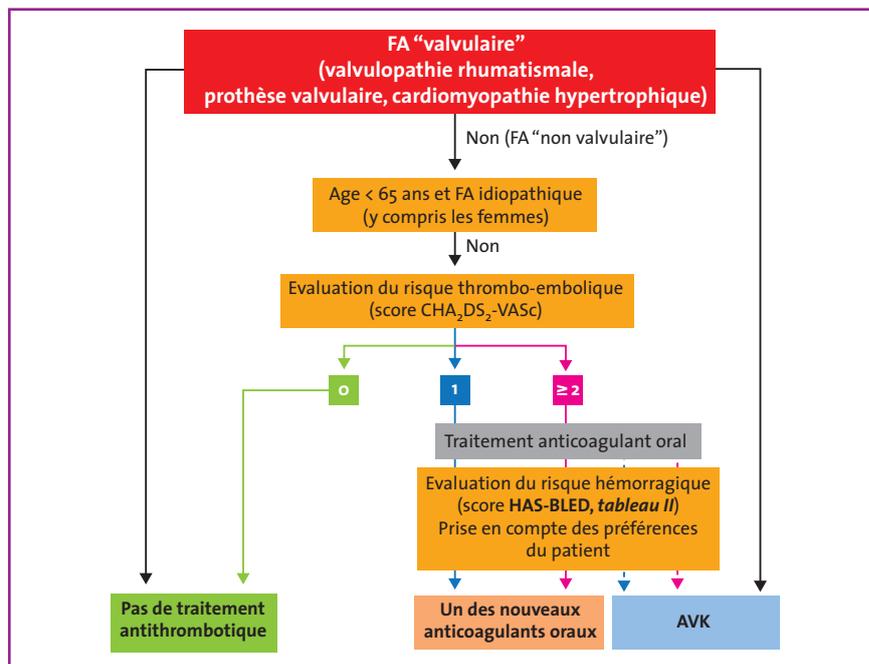


FIG. 1.

Score HAS-BLED		
Lettre	Caractéristiques	Points
H (hypertension)	HTA (pression artérielle systolique > 160 mm Hg)	1
A (abnormal renal and liver function)	Fonction rénale anormale (hémodialyse chronique ou transplantation rénale ou créatininémie ≥ 200 µmol/L)	1
	Fonction hépatique anormale (maladie hépatique chronique [par exemple, cirrhose] ou preuves biochimiques d'anomalies hépatiques significatives [par exemple, bilirubine > 2 fois la limite supérieure de la normale, associée à des taux d'aspartate aminotransférase/alanine aminotransférase/phosphatases alcalines > 3 fois la limite supérieure de la normale])	1
S (stroke)	AVC	1
B (bleeding)	Antécédents hémorragiques ou prédisposition hémorragique (par exemple, diathèse hémorragique, anémie, etc.).	1
L (labile INRs)	INR labiles (valeurs instables ou élevées de l'INR ou peu de temps [par exemple, < 60 % du temps] dans la zone thérapeutique).	1
E (elderly)	Age > 65 ans	1
D (drugs or alcohol)	Médicaments (notamment antiagrégants plaquettaires et anti-inflammatoires non stéroïdiens).	1
	Consommation excessive d'alcool.	1

TABLEAU II.

Prise en charge d'une hémorragie chez un patient prenant un nouvel anticoagulant oral (fig. 2)

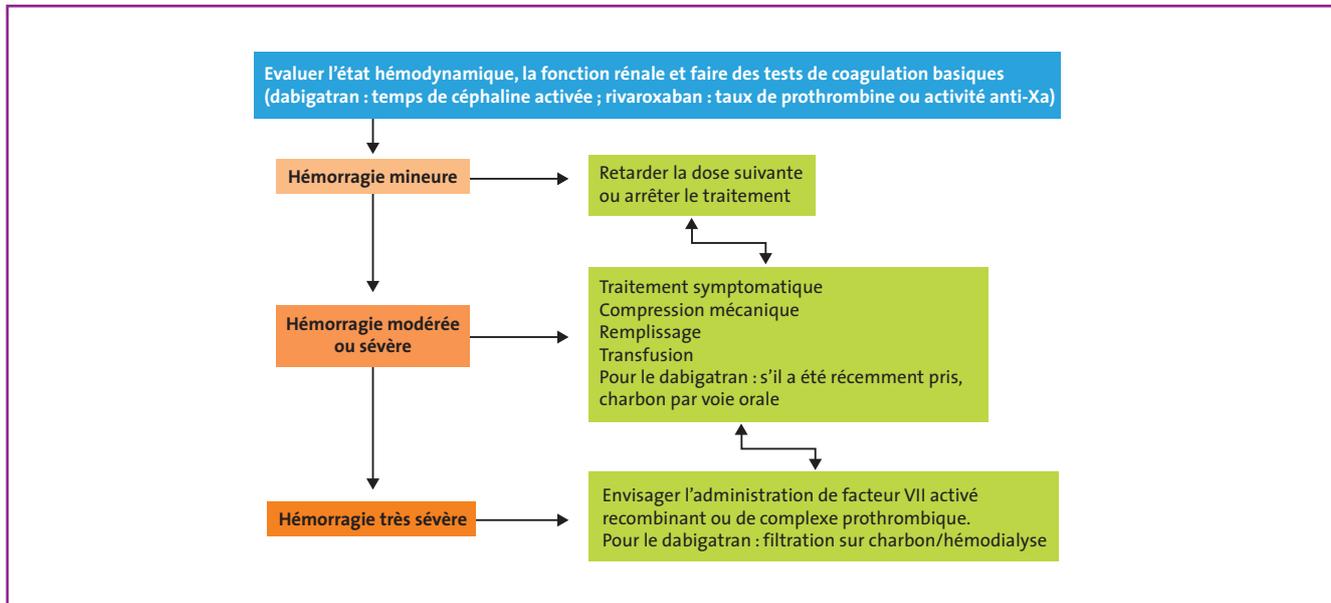


FIG. 2.

Occlusion ou excision de l'auricule gauche

Une occlusion percutanée de l'auricule gauche peut être envisagée chez les patients à risque thrombo-embolique élevé et qui ont une contre-indication à un traitement anticoagulant oral à long terme (IIb, B).

Une excision chirurgicale de l'auricule gauche peut être envisagée chez les patients ayant une intervention chirurgicale à cœur ouvert (IIb, C).

Cardioversion

1. Cardioversion pharmacologique d'une fibrillation atriale récente

Lorsqu'une cardioversion pharmacologique est préférée et s'il n'y a pas de maladie cardiaque structurelle ou si elle est minime, sont recommandés, par voie intraveineuse, le flécaïnide,

la propafénone, l'ibutilide ou le vernakalant (I, A).

En cas de FA datant de moins de 7 jours, avec maladie cardiaque structurelle modérée (mais sans hypotension < 100 mmHg, insuffisance cardiaque en classe III ou IV de la NYHA, syndrome coronaire aigu datant de moins de 30 jours, sténose aortique sévère), le vernakalant par voie intraveineuse peut être envisagé. Le vernakalant doit être utilisé avec précaution en cas d'insuffisance cardiaque de classe I ou II de la NYHA (IIb, B).

Le vernakalant par voie intraveineuse peut être envisagé en cas de FA post-opératoire dans les trois jours après chirurgie cardiaque (IIb, B).

2. Indications de cardioversion électrique ou pharmacologique, choix du traitement anti-arythmique, dans la fibrillation atriale récente (fig. 3)

Médicaments antiarythmiques

1. Médicaments antiarythmiques par voie orale

La dronédarone est recommandée chez les patients ayant une FA récidivante, comme agent antiarythmique modérément efficace pour le maintien du rythme sinusal (I, A). Un traitement antiarythmique de durée courte (pendant 4 semaines) après une cardioversion peut être envisagé chez les patients ayant des risques de complications associées au traitement (IIb, B).

La dronédarone n'est pas recommandée chez les patients en FA permanente (III, B).

2. Choix du traitement antiarythmique en fonction de la maladie sous-jacente

Il est présenté dans la *figure 4*.

CONGRÈS European Society of Cardiology

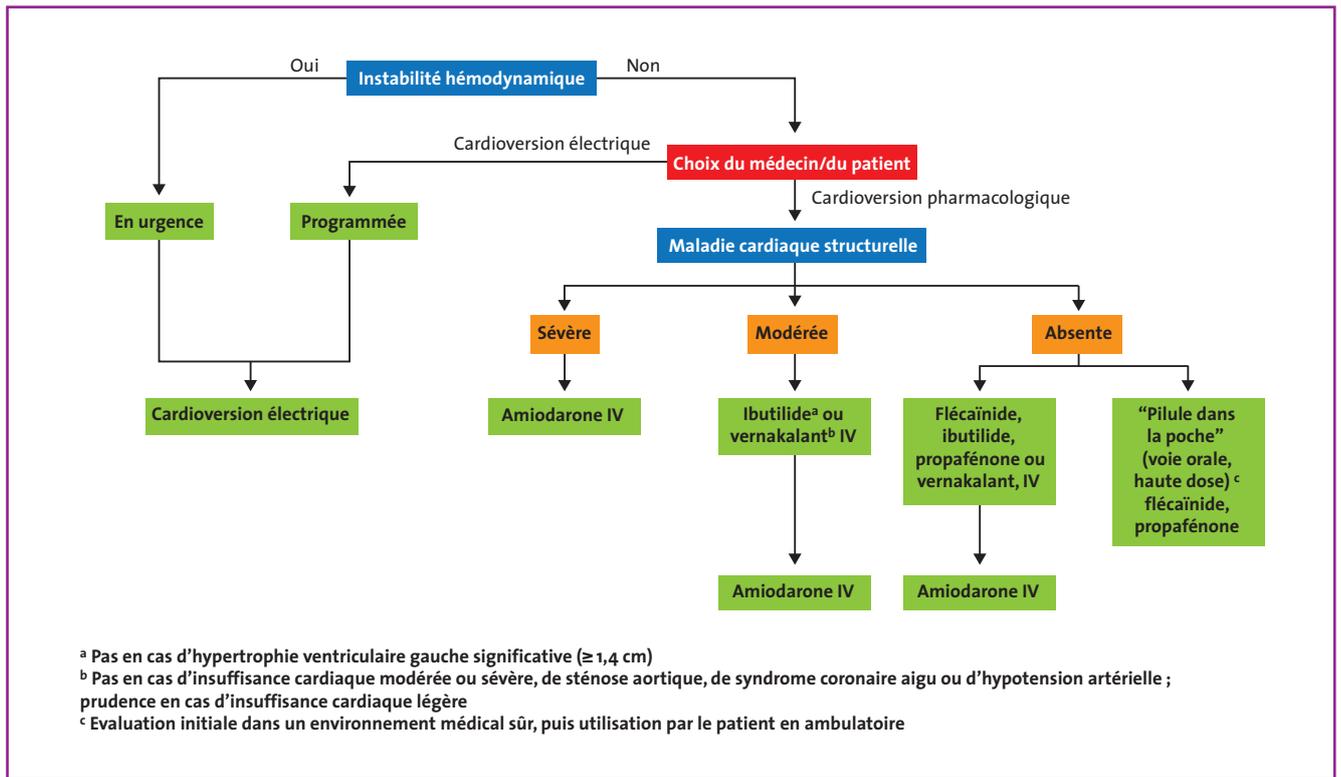


FIG. 3.

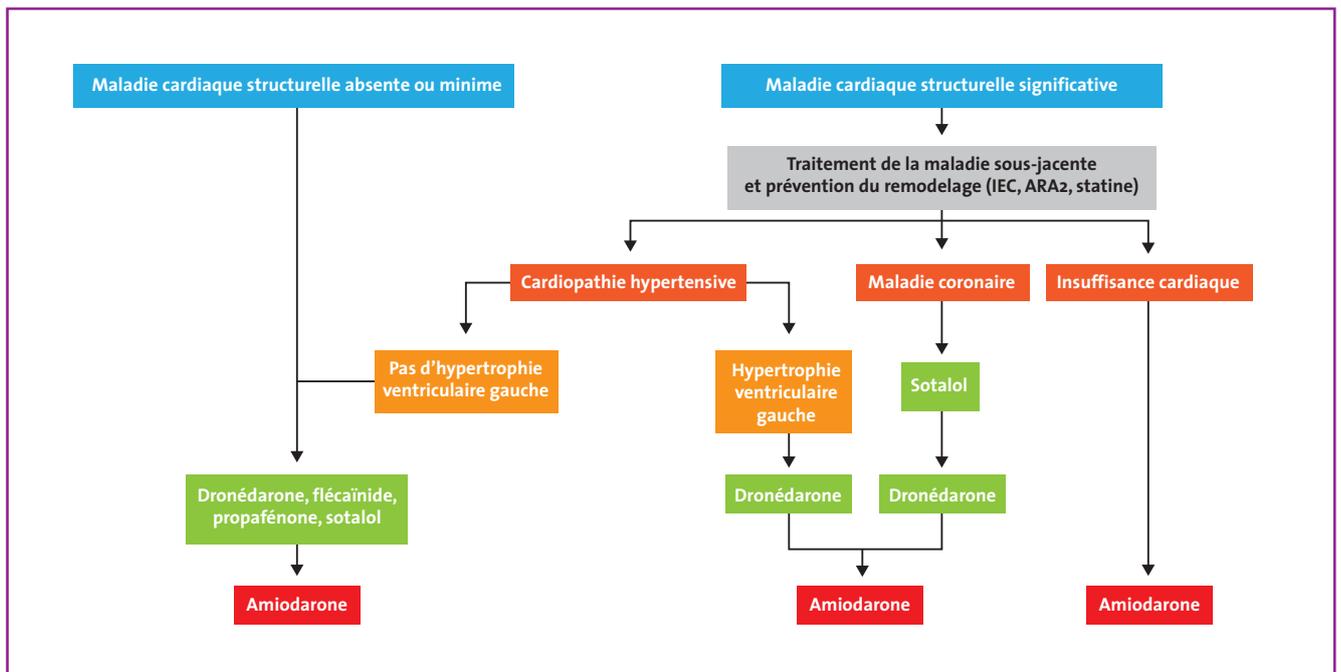


FIG. 4.

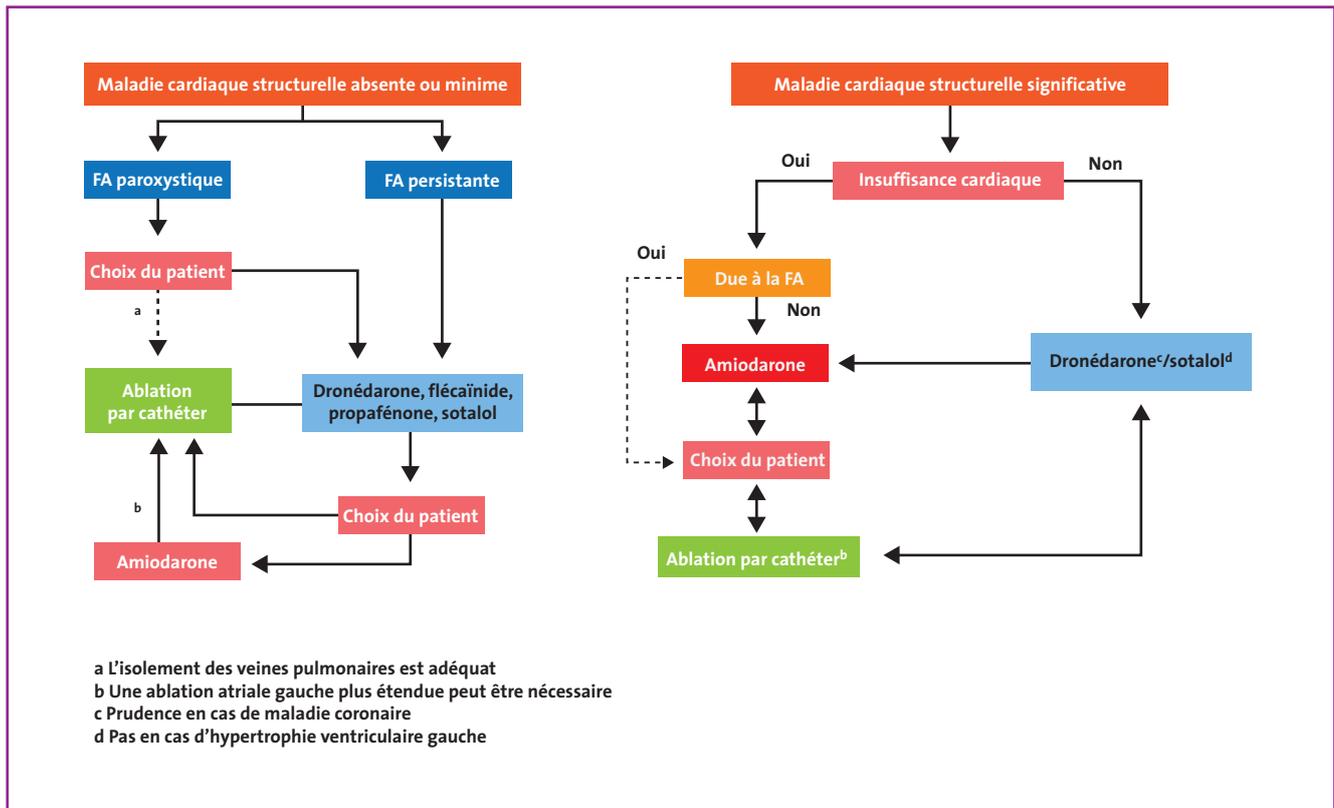


FIG. 5.

Ablation atriale

1. Recommandations

L'ablation d'une FA paroxystique symptomatique par cathéter est recommandée chez les patients ayant des récurrences symptomatiques de FA et recevant un traitement antiarythmique (amiodarone, dronédarone, flécaïnide, propafénone, sotalol) et qui souhaitent un contrôle du rythme, lorsque cette ablation est réalisée

par un rythmologue correctement entraîné et qui réalise les ablations dans un centre expérimenté (I, A).

L'ablation de la FA par cathéter doit être envisagée comme traitement de première intention chez des patients sélectionnés, ayant une FA paroxystique symptomatique, comme alternative au traitement antiarythmique médicamenteux, après évaluation des préférences du patient et des bénéfices et des risques (IIa, B).

2. Ablation atriale gauche et/ou traitement médicamenteux pour le contrôle du rythme dans la fibrillation atriale

Les recommandations sont présentées dans la **figure 5**.

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