



Les recommandations européennes 2016 pour la prise en charge de la fibrillation atriale

Laurent Fauchier, Centre Hospitalier Universitaire Trousseau et Faculté de Médecine, Université François Rabelais, Tours
laurent.fauchier@univ-tours.fr

Les recommandations européennes 2016 sur la prise en charge de la fibrillation atriale (FA) ont été publiées conjointement par la société européenne de cardiologie (ESC) et l'association européenne de chirurgie cardiothoracique (EACTS) dans l'European Heart Journal et l'European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. Elles ont été écrites par des cardiologues cliniciens, des électrophysiologistes, des chirurgiens cardiaques, un neurologue et une infirmière de cardiologie dans l'idée de cibler tous les spécialistes de la FA et d'intégrer l'apport des différentes spécialités pour améliorer la prise en charge chez les patients atteints de FA⁽¹⁾. Malgré cela, ces recommandations restent modestement innovantes. En voici quelques points clés mis en avant par leurs auteurs.

II Dépistage et diagnostic

L'accent est mis sur le diagnostic précoce de la FA, avant la première complication cardiovasculaire qui sera possiblement dramatique. Beaucoup de patients ont une FA ignorée du fait de l'absence ou de la modestie des symptômes, et la révélation malheureuse de l'arythmie sera faite lors d'un AVC.

Il existe maintenant des preuves suffisantes pour proposer un électrocardiogramme de dépistage « opportuniste et ciblé », par exemple chez les personnes de plus de 65 ans et pour les patients à risque élevé de FA tels que ceux porteurs de stimulateurs cardiaques ou ceux vus au décours d'un AVC.

Un diagnostic précoce permettrait ainsi de mieux prévenir les AVC (ou les rechutes d'AVC) par une anticoagulation adéquate. Parallèlement, il est indiqué qu'il reste impératif de documenter la FA par un ECG avant de débiter un traitement.

II Prise en charge globale initiale

Elle est résumable en 4 points

- Évaluer tous les patients avec FA par les méthodes adéquates pour identifier les pathologies cardiovasculaires sous-jacentes telles que l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, les valvulopathies, les apnées du sommeil, entre autres.
- Fournir une information personnalisée aux patients avec FA afin de favoriser une prise en charge individuelle optimale de la FA.
- Proposer des modifications adaptées du mode de vie chez tous les patients avec FA, afin de rendre la prise en charge globale plus efficace.

NOVEMBRE / DECEMBRE 2016

- Traiter les maladies cardiovasculaires sous-jacentes (chirurgie pour les patients avec une maladie valvulaire significative, traitement de l'insuffisance cardiaque ou d'une hypertension artérielle, etc).

II Prise en charge antithrombotique

Pour prévenir le risque d'AVC, les indications d'anticoagulant oral restent similaires et larges pour la majorité des patients dès qu'il existe un facteur de risque thromboembolique non lié au sexe (c'est-à-dire CHA2DS2VASc = 1 pour les hommes et 2 pour les femmes), avec une indication préférentielle pour les anticoagulants oraux directs compte tenu des bénéfices cliniques et de leur simplicité d'utilisation lorsqu'on les compare aux AVK. Les antiplaquettaires ne doivent pas être utilisés pour la prévention de l'AVC lié à la FA.

Les termes malencontreux de FA valvulaire et non-valvulaire ont été retirés de ce nouveau document, en limitant les recommandations à traiter les patients avec rétrécissement mitral ou prothèse valvulaire mécanique par AVK et les autres par AOD ou AVK. L'anticoagulation chez les patients avec flutter atrial se fait selon les mêmes règles que pour la FA. La prise en charge complexe des différentes situations pour les patients coronariens avec FA reste similaire à celle proposée dans les documents de consensus les plus récents.

Le score HAS-BLED n'apparaît plus qu'indirectement, peut-être pour limiter les arrêts inopinés du traitement anticoagulant lorsque ce score paraît élevé. En revanche, le tableau 1 liste les facteurs de risque hémorragique en insistant sur ceux qui sont

TABLEAU 1. Facteurs de risque hémorragique modifiables et non modifiables lors d'un traitement antithrombotique en cas de FA.

FACTEURS DE RISQUE HÉMORRAGIQUE MODIFIABLES

Hypertension (pression artérielle systolique restant > 160 mmHg)

INR labile ou temps passé dans la zone thérapeutique < 60 % lors d'un traitement AVK

Traitements favorisant les hémorragies tels que antiagrégants plaquettaires et AINS

Consommation d'alcool ≥ 8 verres/semaine

FACTEURS DE RISQUE HÉMORRAGIQUE POTENTIELLEMENT MODIFIABLES

Anémie

Insuffisance rénale

Insuffisance hépatique

Thrombopénie ou thrombopathie

FACTEURS DE RISQUE HÉMORRAGIQUE NON MODIFIABLES

Age (> 65 ans) (≥ 75 ans)

Antécédent d'hémorragie majeure

Antécédent d'AVC

Insuffisance rénale dialysée ou transplantée

Cirrhose hépatique

Cancer

Facteurs génétiques

BIOMARQUEURS DU RISQUE HÉMORRAGIQUE

Troponine HS

GDF 15 (Growth differentiation factor 15)

Créatininémie/clairance de la créatininémie

modifiables afin de limiter les risques de saignement sous anticoagulant. Les recommandations indiquent que faire lorsque les patients ont des complications lors d'une anticoagulation. Des conseils sont donnés sur la manière de gérer les saignements, sur la reprise de l'anticoagulation après un saignement, et la façon de prendre en charge les patients qui ont un AVC ischémique malgré une anticoagulation. Les recommandations insistent, à juste titre, sur le défi clinique à long terme pour les patients atteints de FA qui ont trop souvent un arrêt du traitement anticoagulant malgré les avantages démontrés sur le pronostic à long terme.

La place des dispositifs d'occlusion de l'auricule gauche est limitée aux patients avec contraindications aux anticoagulants du fait d'antécédents hémorragiques de cause non réversible, avec une recommandation prudente (classe IIb) et un niveau de preuve qui est améliorable.

II Prise en charge rythmologique

La hiérarchie de prise en charge de la FA s'est inversée en 2 décennies, la stratégie de contrôle du rythme ne venant qu'en 3^{ème} position après les objectifs de prévention de l'AVC et de contrôle de la fréquence cardiaque. Rappelons qu'à ce jour, le seul bénéfice démontré des traitements visant le maintien du rythme sinusal est de diminuer les symptômes, sans bénéfice formel sur les événements cliniques majeurs.

En d'autres termes, il n'y a aucun bénéfice à attendre avec le rythme sinusal pour les patients asymptomatiques en FA. Il faut donc évaluer les symptômes pour tous les patients avec FA. Le lecteur est incité à utiliser le **score EHRA modifié** (tableau 2).

TABLEAU 2. Echelle EHRA modifiée permettant de quantifier les symptômes liés à la FA.

ScoreEHRA modifié	Symptômes	Description
1	Aucun	FA sans aucun symptôme
2a	Légers	Patient peu ou pas gêné par les symptômes liés à la FA
2b	Intermédiaires	Activité quotidienne non perturbée par les symptômes liés à la FA, mais patient gêné par les symptômes.
3	Sévères	Activité quotidienne perturbée par symptômes liés à la FA.
4	Handicapants	Activité quotidienne impossible.

La classe 2 y est maintenant subdivisée en 2 niveaux pour distinguer les patients avec des symptômes modestes de ceux qui ont des symptômes significatifs en terme de fréquence et/ou de durée et/ou d'intensité. Ceci nécessite impérativement un temps suffisant pour un interrogatoire attentif et pour un dialogue médecin-malade, soit pour rassurer les patients qui ont des symptômes peu importants, soit pour expliquer les

attentes raisonnables d'une stratégie de contrôle du rythme.

Si les patients ont des symptômes en rapport avec la FA qui sont suffisamment déplorables, on aura pour objectif de les diminuer par l'adaptation des traitements de contrôle de la fréquence cardiaque et/ou de contrôle du rythme par des médicaments antiarythmiques, et si besoin par cardioversions et procédures d'ablation.

Les grands principes sont les suivants :

- Prescrire les antiarythmiques en fonction de leur profil de sécurité.
- Envisager une procédure d'ablation si les antiarythmiques ne sont pas efficaces.
- Ne pas utiliser de traitement de contrôle du rythme cardiaque chez les patients avec une FA asymptomatique, ni chez ceux avec une FA permanente.
- Ne pas faire de cardioversion ou d'ablation sans anticoagulation, sauf si l'échocardiographie transoesophagienne a permis d'éliminer la présence d'un thrombus atrial.

Les recommandations indiquent qu'il est possible d'envisager une procédure d'ablation en traitement de première intention pour des **patients sélectionnés avec FA paroxystique**, du fait de l'efficacité et de la relative sécurité démontrées par rapport aux médicaments anti-arythmiques pour ce sous-groupe précis de FA. L'isolation des veines pulmonaires est recommandée comme cible initiale d'ablation.

Les ablations plus étendues sont réservées aux procédures répétées, en particulier pour les **patients avec FA persistantes et récidivantes**. Les taux de récurrence après ablation restent assez élevés sur le long terme. Malgré un niveau de preuve qui reste limité (et très en deçà de celui des ablations endocavitaires par radiofréquence ou par cryothérapie), une des originalités de ces recommandations 2016 est de proposer la chirurgie de FA pour des thérapies hybrides, associant médicaments anti-arythmiques, ablation par cathéter et ablation chirurgicale. Il est indiqué qu'il s'agit là d'une option de traitement « raisonnable » chez les patients pour qui on n'obtient pas un contrôle du rythme satisfaisant avec des moyens plus conventionnels. La pratique nous inciterait à réserver ces procédures aux patients qui ont par ailleurs une indication conventionnelle de chirurgie cardiaque.

RÉFÉRENCES

[1] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J* 2016. doi:10.1093/eurheartj/ehw210.

NOVEMBRE / DECEMBRE 2016

La FA team et les approches intégrées

Sur le modèle des « Heart team » pour les valvulopathies, le groupe de travail des recommandations propose enfin la création de « **FA team** » expérimentée en termes de médicaments anti-arythmiques, d'ablation par cathéter et de chirurgie pour prendre les décisions difficiles sur le contrôle du rythme et les choix de thérapies « hybrides ».

De même, les « FA team » peuvent aider pour les décisions complexes dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux, pour le choix de l'anticoagulant avec le meilleur rapport bénéfice risque pour un patient donné, et pour les indications éventuelles de procédure d'occlusion de l'auricule gauche en cas de contre-indication définitive aux anticoagulants.

Un nouveau chapitre sur la gestion intégrée conseille la coopération entre patients et professionnels de la santé, comprenant médecins généralistes, cardiologues traitant et spécialistes de la FA team pour la prise en charge optimale des cas complexes. Parallèlement, des outils gratuits pour smartphones sont fournis par l'ESC pour les patients atteints de FA et leurs médecins, afin d'améliorer la communication et encourager la participation des patients dans la gestion de ces recommandations.

Les mérites de ces recommandations sont donc de valoriser la prise en charge collective de la FA et de s'attaquer aux problèmes des patients dont le traitement reste incomplètement satisfaisant pour des raisons souvent intriquées, avec des thérapeutiques par paliers qui nécessitent occasionnellement des procédures itératives ou faisant intervenir des ressources multiples parfois très spécialisées.

L'auteur déclare les liens d'intérêt suivants :

Consultant ou orateur pour Bayer Healthcare, BMS/Pfizer, Boehringer Ingelheim, Boston Scientific, Daiichi Sankyo, Medtronic et Novartis.

