

# Prise en charge initiale et conduite à tenir en cas d'arythmie complète par fibrillation auriculaire

*Management of newly diagnosed atrial fibrillation*

F. Hidden-Lucet\*

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie la plus fréquemment rencontrée en pratique clinique, avec une prévalence estimée à 1 % de la population générale (1). Le risque de survenue augmente avec l'âge, passant de 0,7 %, chez les sujets âgés de 55 à 59 ans, à 18 % de la population de plus de 85 ans. La FA représente un facteur de risque indépendant de mortalité dans la mesure où elle est responsable d'accidents vasculaires cérébraux et de l'insuffisance cardiaque ; avec un risque relatif estimé à 1,5 chez les hommes et 1,9 chez les femmes. Le coût de prise en charge moyen annuel étant estimé à 3 000 euros par patient en France (2), la FA représente donc un problème majeur de santé publique. La prise en charge initiale d'un patient en FA s'articule autour de 2 axes : la prévention des événements thrombo-emboliques guidée par des scores de risque, que la FA soit symptomatique ou non, permanente ou non, et la discussion portant sur la nécessité de réduire l'arythmie qui, elle, dépend essentiellement de la symptomatologie.

Les antiagrégants plaquettaires ne sont pas compétitifs dans la prévention du risque embolique comparés aux AVK : l'aspirine seule (4), l'association aspirine-clopidogrel (5) ou l'association aspirine-AVK à faible dose sont moins efficaces que les AVK, et l'association aspirine-AVK avec un INR supérieur à 2 majore nettement le risque hémorragique. L'association aspirine-clopidogrel a cependant sa place en cas de contre-indication aux AVK (5).

Les inhibiteurs de la thrombine dont le chef de file est le dabigatran vont probablement révolutionner les prescriptions des anticoagulants dans la FA : l'étude RE-LY (6) a en effet montré l'intérêt de cette molécule en la comparant à la wafarine : à 220 mg/j, l'efficacité sur la prévention thrombo-embolique est identique à celle obtenue avec la wafarine, mais avec une réduction des accidents hémorragiques cérébraux de 20 % ; à 300 mg/j, le taux d'accidents hémorragiques est identique à celui de la wafarine, mais l'effet préventif sur les embolies est supérieur. On attend actuellement l'autorisation de mise sur le marché de la molécule dans cette indication.

## Prévenir le risque thrombo-embolique

### Comment ?

Les antivitamines K (AVK) avec un INR cible compris entre 2 et 3 restent pour le moment le traitement de référence permettant, en prévention primaire, de réduire de 68 % le risque annuel d'infarctus cérébral, et de 33 % la mortalité totale (3).

### Pour qui ?

L'incidence des accidents emboliques tous confondus (symptomatiques, silencieux, permanents ou temporaires) est de 7 % par an chez les patients en FA. Le risque est modulé en fonction de la pathologie cardiaque sous-jacente et d'un certain nombre de comorbidités, ce qui a permis dans les 20 dernières années d'établir des scores de risque permettant de

\* Unité de rythmologie, institut de cardiologie, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, Paris.

# Résumé

La fibrillation auriculaire (FA) représente un problème majeur de santé publique. La prise en charge initiale d'un patient s'articule autour de 2 axes indépendants :

- la discussion d'une anticoagulation, indépendamment des caractéristiques de la FA, guidée par des scores de risques;
- la discussion de la nécessité, ou pas, de régulariser et de tenter de maintenir en rythme sinusal, guidée par la symptomatologie. Cette stratégie repose en première intention sur la prescription d'antiarythmiques. Les résultats à court terme de l'ablation, très encourageants, pourraient, s'ils étaient confirmés à long terme, modifier radicalement cette prise en charge.

## Mots-clés

Fibrillation auriculaire  
Antiarythmiques  
Ablation  
Anticoagulation

## Summary

Atrial fibrillation (AF) is a major contributor to cardiovascular morbidity and mortality related to stroke and heart failure. Score risks and international guidelines help choosing antithrombotic treatment independently from AF characteristics. Rhythm control or rate control are the two therapeutic strategies. The management is mainly based on patient symptoms. The first line therapy recommended in rhythm control option is based on antiarrhythmic drugs guided by international recommendations. Encouraging results of catheter ablation, especially in paroxysmal AF, might change this strategy in the future.

## Keywords

Atrial fibrillation  
Antiarrhythmic drugs  
Catheter ablation  
Antithrombotic treatment

guider les indications de l'anticoagulation. Le plus utilisé est le score de CHADS<sub>2</sub> (**tableaux I, II**) sur lequel se fondent les recommandations de l'ACC/AHA/ESC (7). En pratique (**tableau III, encadré**), l'indication d'anticoagulation au long cours par AVK avec un INR cible à 2,5 est reconnue dès que le score CHADS<sub>2</sub> est supérieur ou égal à 2. Bien que peu élevé, le risque thrombo-embolique d'un score CHADS<sub>2</sub> à 0 n'était pas nul, on recommande un traitement par aspirine. Pour un score à 1, le choix doit être fait entre aspirine et AVK. On peut alors tenir compte de facteurs de risque thrombo-emboliques supplémentaires dont la valeur est moins forte, tels que le sexe féminin, un âge compris entre 65 et 74 ans, la probabilité de coronaropathie ou une hyperthyroïdie pour pencher en faveur d'un traitement plutôt que d'un autre.

**Tableau I.** Score de CHADS<sub>2</sub> : obtenu en additionnant les points en fonction des critères figurant ci-dessous.

	Points
CHF – Insuffisance cardiaque	1
HTA	1
Âge ≥ 75 ans	1
Diabète	1
Stroke (AVC) – Antécédent AIT ou AVC	2

**Tableau II.** Incidence annuelle des accidents thrombo-emboliques en fonction du score de CHADS<sub>2</sub>.

Score	Incidence annuelle (%)
0	1,9
1	2,8
2	4
3	5,9
4	8,5
5	12,5
6	18,2

**Tableau III.** Indications du traitement antithrombotique dans la FA en fonction du score de CHADS<sub>2</sub> – recommandations ACC/AHA/ESC 2006.

Score	Traitement
Score CHADS <sub>2</sub> 0	Aspirine 81-325 mg/j
Score CHADS <sub>2</sub> 1	Aspirine 81-325 mg/j ou AVK (INR cible 2-3)
Score CHADS <sub>2</sub> 2 ou +	AVK (INR cible 2-3)

L'insuffisance rénale et la protéinurie, récemment identifiées comme des facteurs thrombo-emboliques (8), devraient à terme être également intégrées dans les scores de risque.

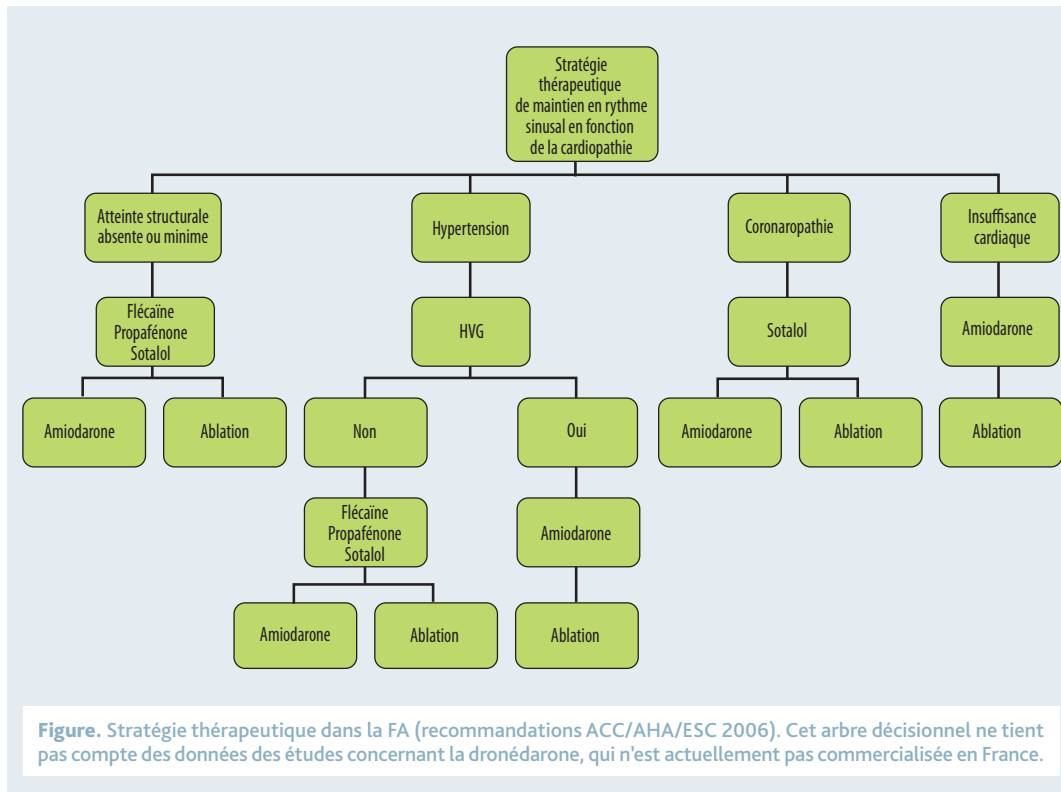
En pratique, la découverte d'une FA fait donc discuter la prescription d'anticoagulants. Les AVK n'étant pas efficaces immédiatement, se pose la question initiale d'une anticoagulation par héparine. Les recommandations des sociétés savantes ne sont pas directives sur ce point, qui reste avant tout l'objet d'une discussion de bon sens. La double anticoagulation initiale expose à un surrisque hémorragique à un moment où l'INR est susceptible d'être instable, en raison, à la fois des tâtonnements autour de la dose adaptée et de la prescription concomitante fréquente de traitements antiarythmiques ou freinateurs du nœud auriculo-ventriculaire qui interagissent avec les AVK. Elle pourrait de ce fait être réservée à ceux des patients qui sont les plus à risque d'accident vasculaire cérébral.

## Faut-il régulariser ou ralentir la FA ?

Conceptuellement et physiologiquement, il paraît logique de tenter de restaurer le rythme sinusal chez les patients que l'on découvre en FA pour la première fois. Les études AFFIRM (9) et RACE (10) ont toutefois montré l'absence de supériorité du bras "contrôle du rythme" sur le bras "contrôle de la fréquence" par les médicaments chez des patients en FA peu symptomatiques. Il faut souligner cependant que, dans AFFIRM, le rythme sinusal est un facteur indépendant de bon pronostic, quel que soit le bras choisi, et que dans les 2 études le maintien en rythme sinusal n'est pas si simple, conduisant parfois à une escalade thérapeutique responsable d'effets secondaires : 60 % des patients du bras "contrôle de rythme" sont en rythme sinusal à 5 ans dans AFFIRM (patients inclus au premier épisode de FA), 40 % à 3 ans dans RACE (patients plus sévères, sélectionnés au second épisode d'arythmie). En pratique et dans les recommandations, c'est le caractère symptomatique qui fait préférer une stratégie à l'autre. Les meilleurs candidats à la stratégie "contrôle du rythme" sont, soit ceux qui ont le plus de chance

Sexe féminin  
Âge 65-74 ans  
Coronaropathie  
Thyréotoxique  
Insuffisance rénale  
Protéinurie

**Encadré.** Facteurs supplémentaires de risque thrombo-emboliques pour aider à la décision en cas de score CHADS<sub>2</sub> égal à 1.



de rester en rythme sinusal avec le traitement le moins dangereux possible, c'est-à-dire les sujets jeunes, sans cardiopathie et symptomatiques, soit les patients dont la cardiopathie est décompensée par un passage en FA. Dans la population des insuffisants cardiaques, il n'est pas évident qu'une option médicamenteuse de "contrôle du rythme" soit plus efficace que le "contrôle de la fréquence" comme en témoigne l'étude AF-CHF (11) qui a comparé les deux stratégies chez plus de 1300 patients suivis plus de 2 ans durant. À terme, ni la mortalité, ni le risque d'AVC, ni le risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque n'étaient différents dans les 2 groupes. Il faut souligner que toutes les études à long terme comparant les stratégies de "contrôle du rythme" et de "contrôle de la fréquence cardiaque" ont recouru aux seuls traitements antiarythmiques. Si les résultats encourageants de l'ablation dans la FA (12) se confirment à long terme, il est possible qu'elle soit recommandée en première intention pour le maintien en rythme sinusal, ce qui n'est pas le cas actuellement, et que la stratégie de "contrôle du rythme" prenne le pas sur celle du "contrôle de la fréquence". En pratique, la prise en charge initiale de la FA doit donc comporter en premier lieu un contrôle de la fréquence cardiaque par les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques ou les digitaliques, puis une évalua-

tion de la nécessité de régulariser le rythme, soit par traitement antiarythmique, soit par cardioversion électrique. Les traitements antiarythmiques seront choisis selon les recommandations en fonction de la cardiopathie sous-jacente (figure). L'ablation ne vient actuellement qu'en deuxième intention après l'échec d'un traitement médical bien conduit et chez des patients restant symptomatiques.

## Conclusion

La prise en charge initiale de la FA s'articule actuellement autour de 2 axes : la discussion d'une anticoagulation efficace dont les modalités pratiques seront probablement largement modifiées par l'arrivée sur le marché de nouveaux antithrombotiques, et celle de la nécessité, ou pas, de régulariser la FA, guidée essentiellement par les symptômes. Les premières études comparant l'efficacité à court terme des antiarythmiques et de l'ablation sont très favorables à cette dernière. Si ces résultats se confirment à long terme, la stratégie actuelle sera à redéfinir, tant en termes de conduite à tenir (ralentir ou réduire) que de moyens (médicaments antiarythmiques ou ablation en première intention). ■

## Références bibliographiques

1. Falk RH. Atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2001;344:1067-78.
2. Le Heuzey JY, Pazioud O, Piot O et al. Cost of care distribution in atrial fibrillation patients: the COCAF study. *Am Heart J* 2004;147:121-6.
3. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-67.
4. The Atrial Fibrillation Investigators. The efficacy of aspirin in patients with atrial fibrillation. Analysis of pooled data from 3 randomised trials. *Arch Intern Med* 1997;157:1237-40.
5. Connolly SJ, Pogue J, Hart RG et al. Effect of clopidogrel added to aspirin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;360:2066-78.
6. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-51.
7. Fuster V, Rydén L, Cannom DS. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:854-906.
8. Go AS, Fang MC, Udaltsova N et al. Impact of proteinuria and glomerular filtration rate on risk of thromboembolism in atrial fibrillation. The anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. *Circulation* 2009;119:1363-9.
9. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP et al. (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators). A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
10. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA et al. (for the Rate Control versus Electrical Cardioversion for Persistent Atrial Fibrillation Study Group). A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834-40.
11. Roy D, Talajic M, Nattel S et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure (for the Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Investigators). *N Engl J Med* 2008;358:2667-77.
12. Jais P, Cauchemez B, Macle L et al. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation. The A4 Study. *Circulation* 2008;118:2498-505.