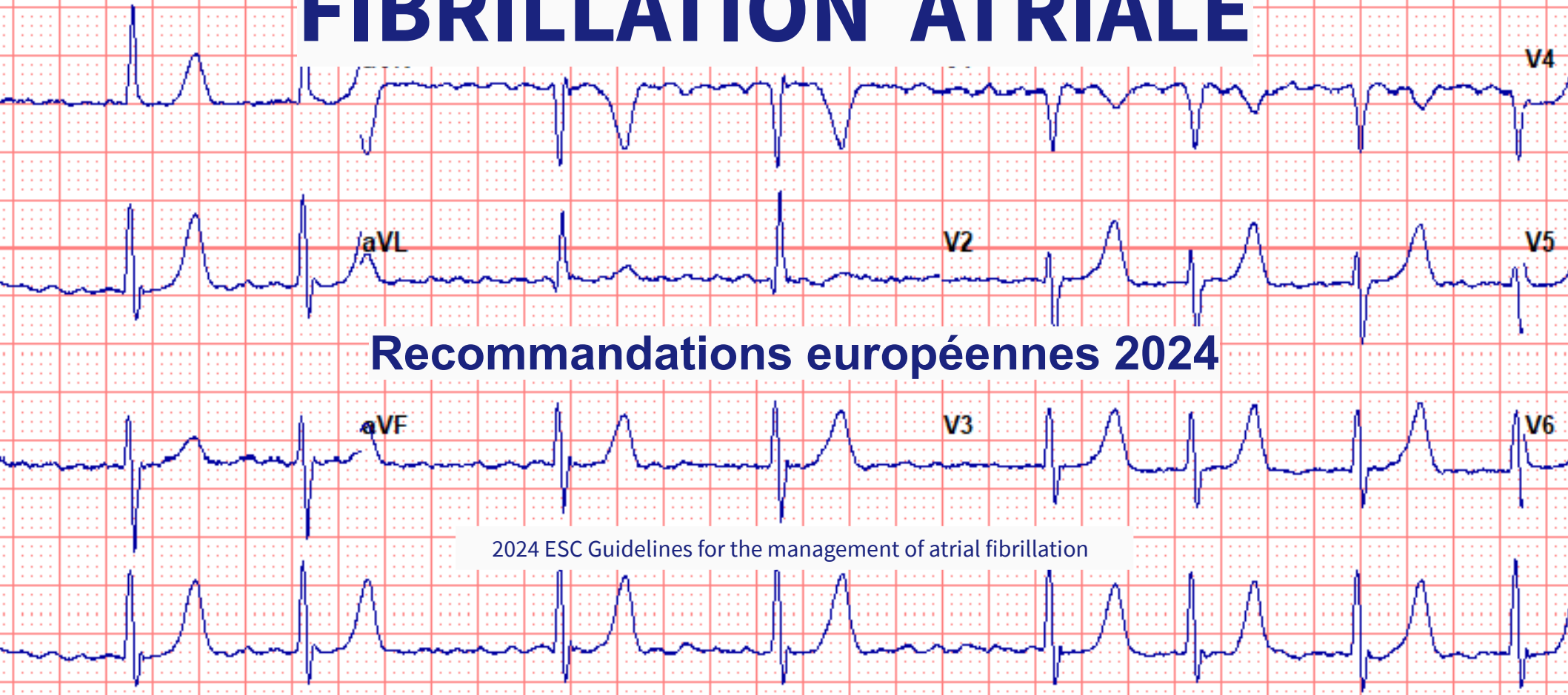
FIBRILLATION ATRIALE



Recommandations européennes 2024

2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

Diaporama destiné aux médecins généralistes, Dr F AMIEL, Redon, 01/10/2024.

[0,5-35] Hz ~50 Hz.

Échelle des recommandations
basée sur essais cliniques et avis d'experts

Class I	Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.	**Recommandé**
Class II	Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/ efficacy of the given treatment or procedure.	
Class IIa	Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.	**Doit être envisagée**
Class IIb	Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.	**Peut être envisagée**
Class III	Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.	**NON recommandé**

Arythmie supraventriculaire avec **activation auriculaire non coordonnée**

et **perte de contraction auriculaire** efficace

La FA se traduit sur l'ECG par l'**absence d'ondes P discernables et régulières**

et une **activation irrégulière des ventricules** (en l'absence de bloc auriculo-ventriculaire complet).

Nécessite une documentation ECG, indispensable pour débuter un anticoagulant +++

✓ Avec **ECG 12 dériv** ≥ 10 secondes

✓ Au **holter** ou avec l'**ECG d'un outil connecté** : ≥ 30 secondes pour définir une FA cliniquement significative (consensus d'opinion)

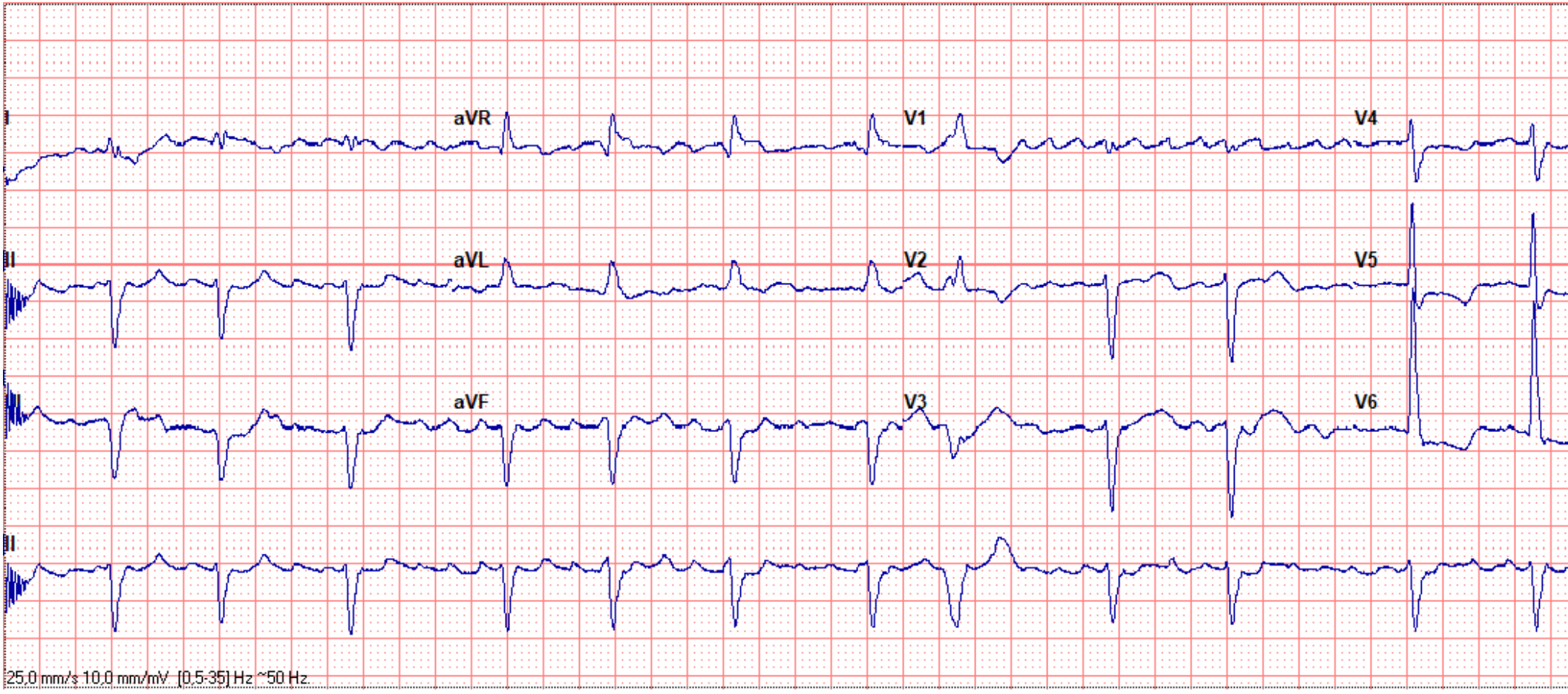
⊗ Procédés basés sur la **photoplethysmographie** sans ECG : **pas admis** pour porter le Dg de FA

Symptômes

très variables selon les patients et chez le même patient, souvent asymptomatique

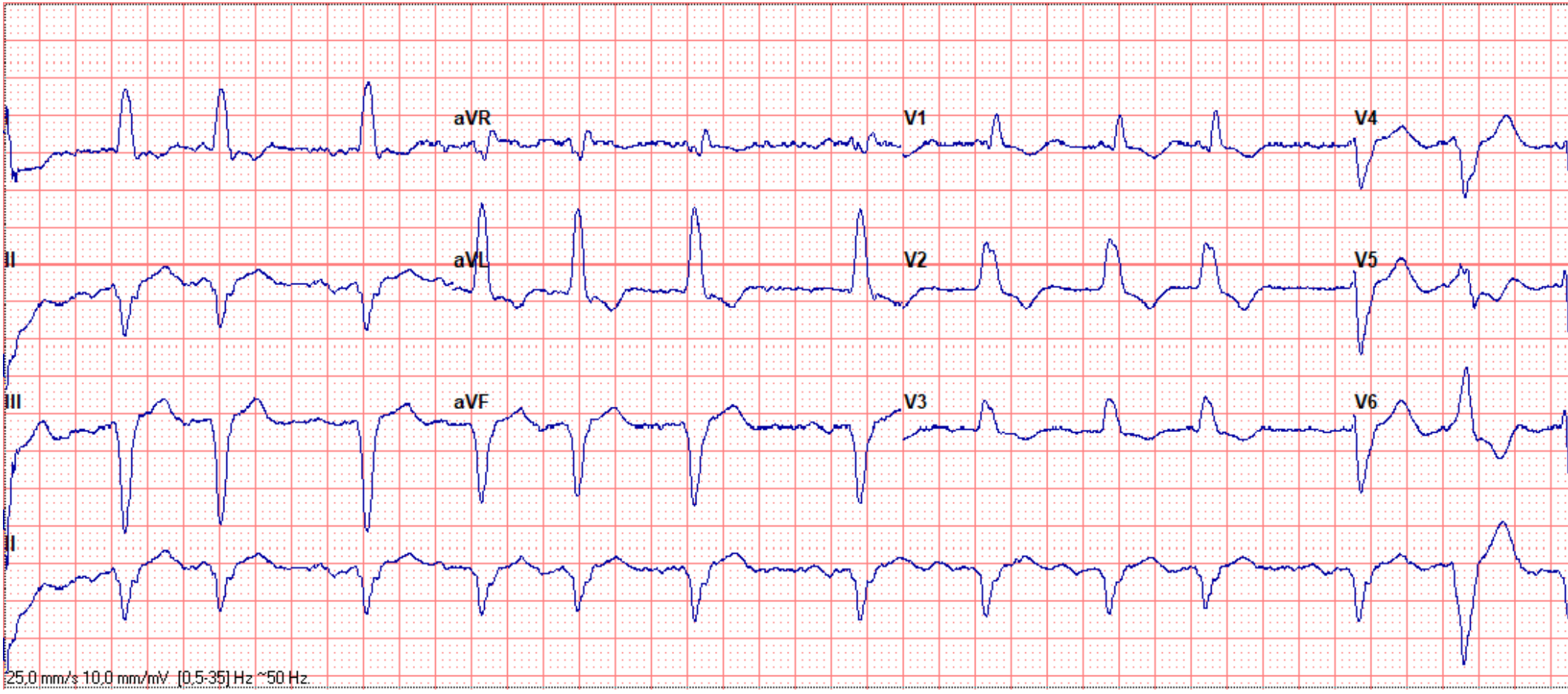
ECG 1

Fibrillation Atriale



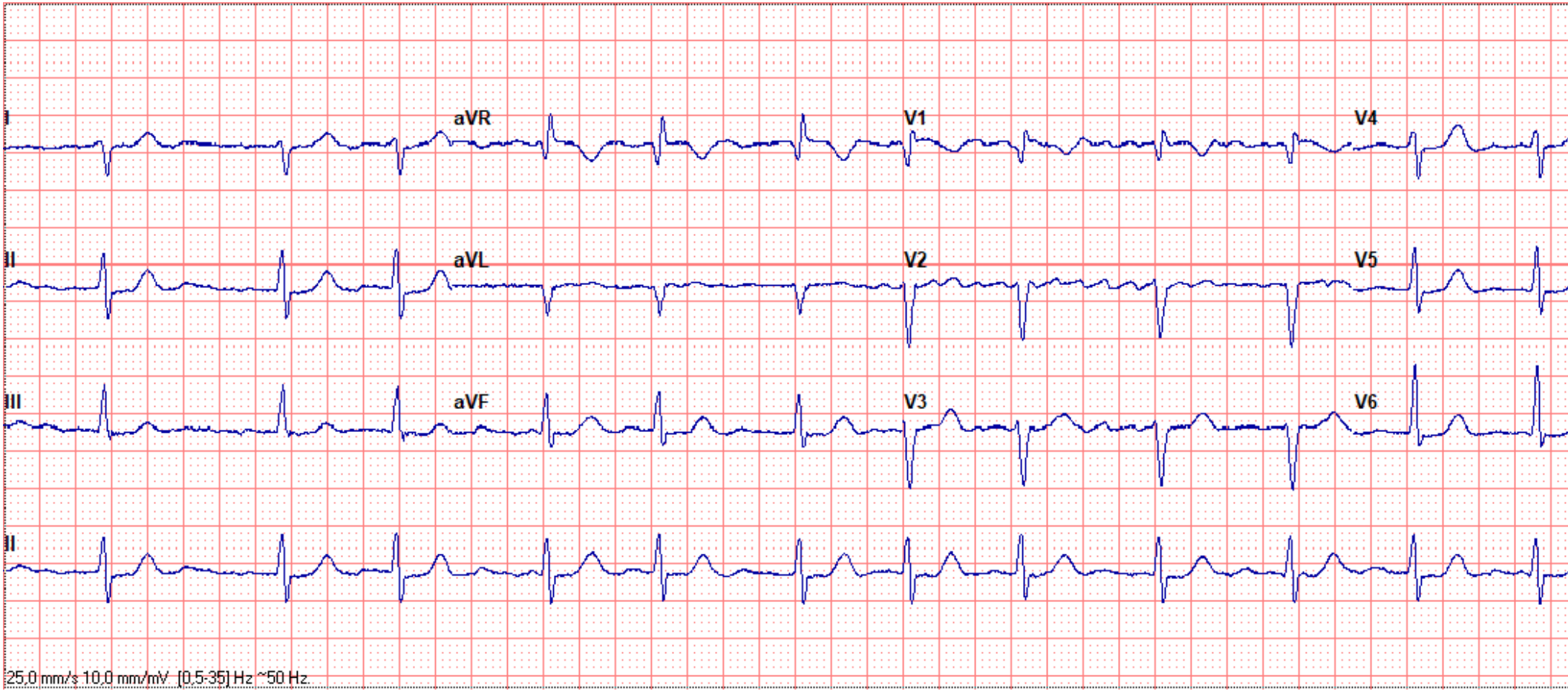
ECG 2

Fibrillation Atriale



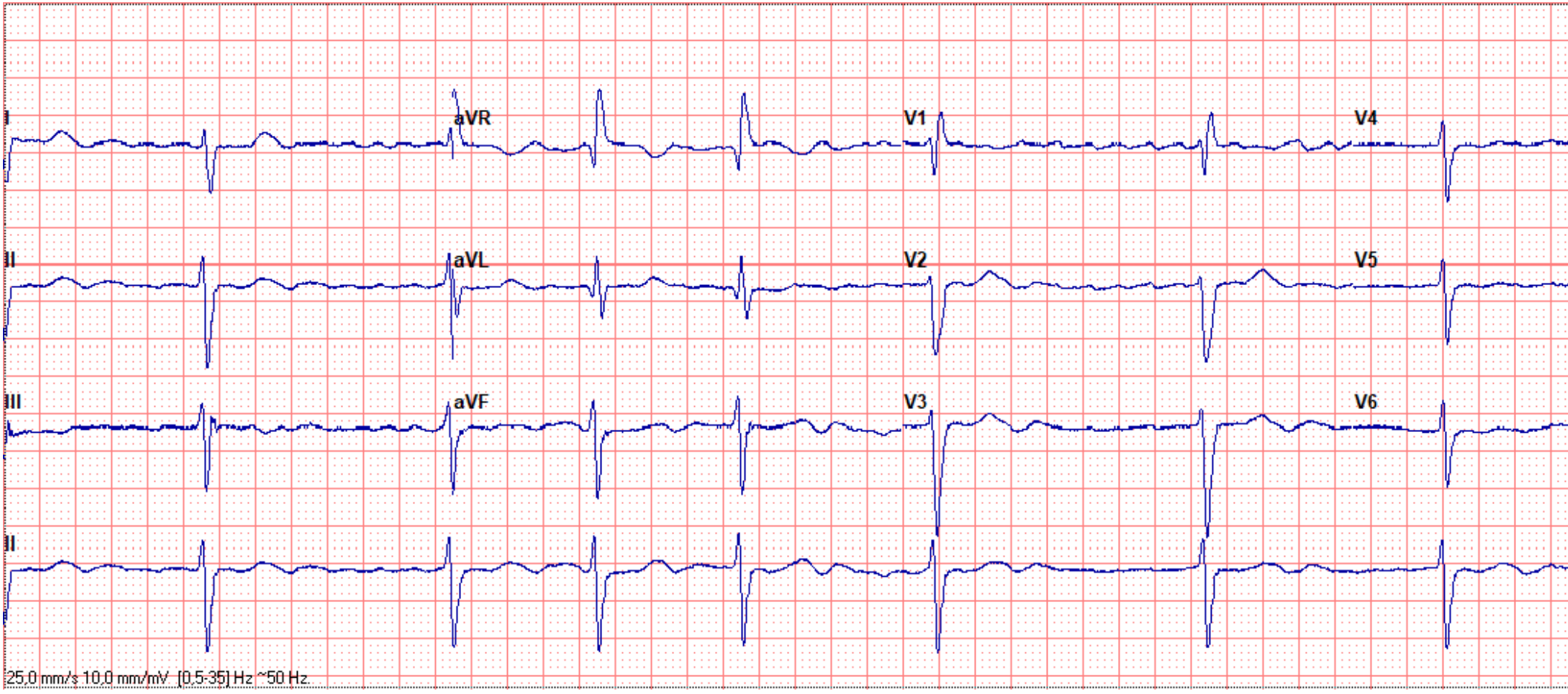
ECG 3

Fibrillation Atriale



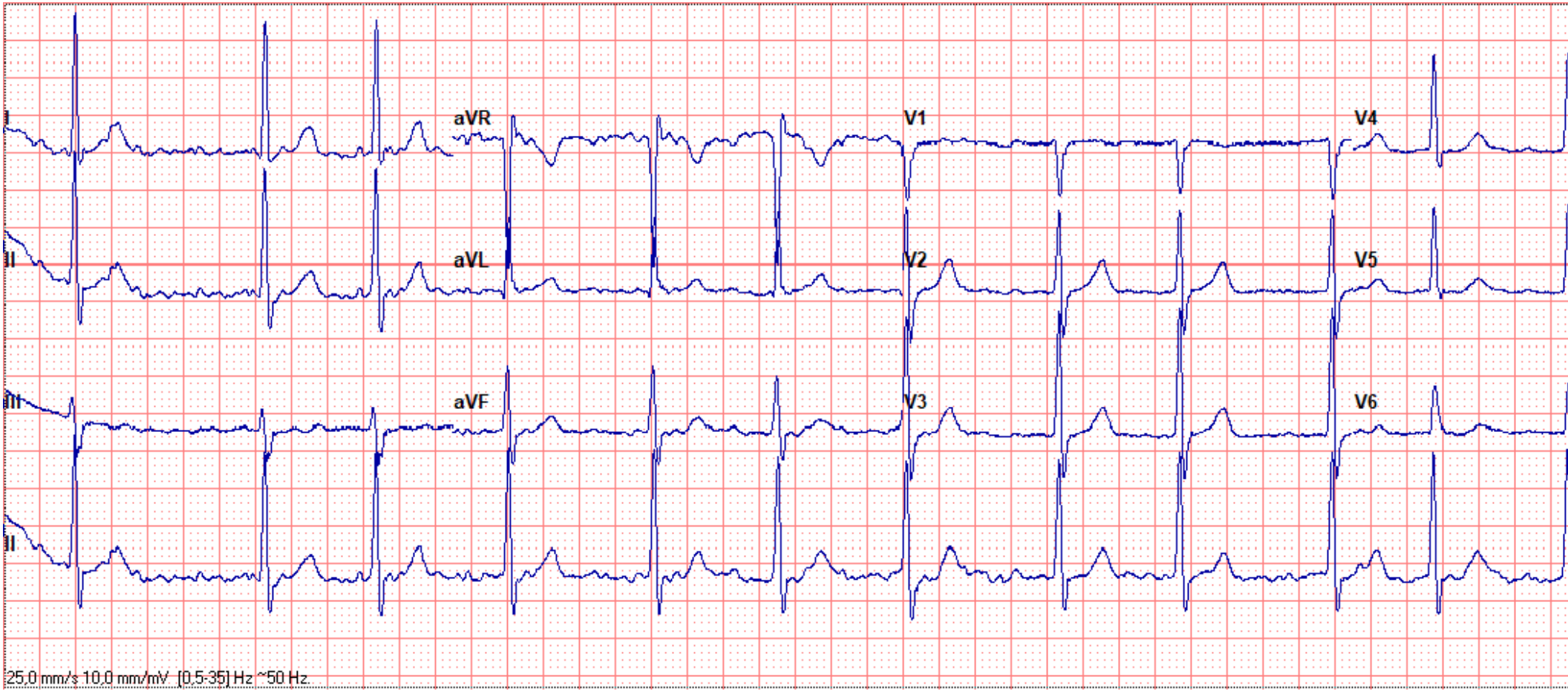
ECG 4

Fibrillation Atriale



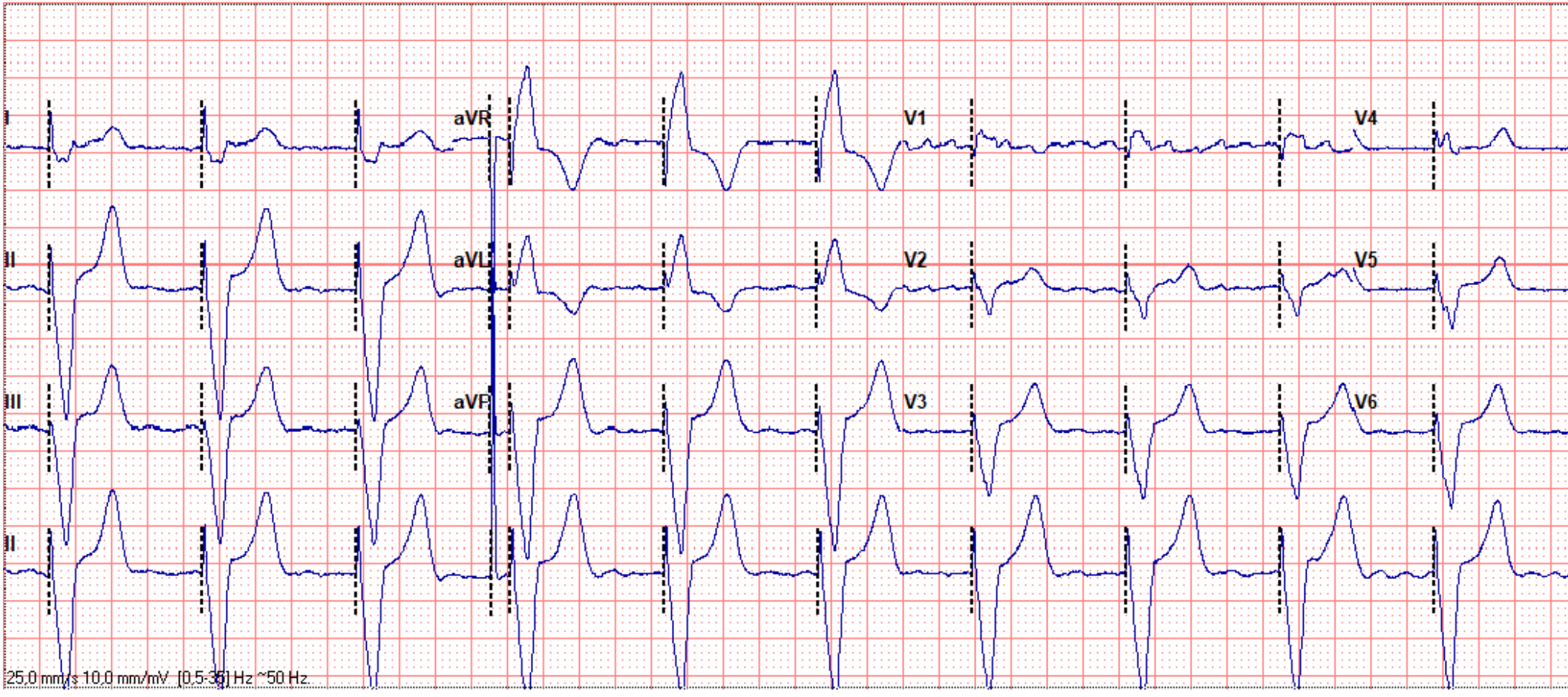
ECG 5

Fibrillation Atriale



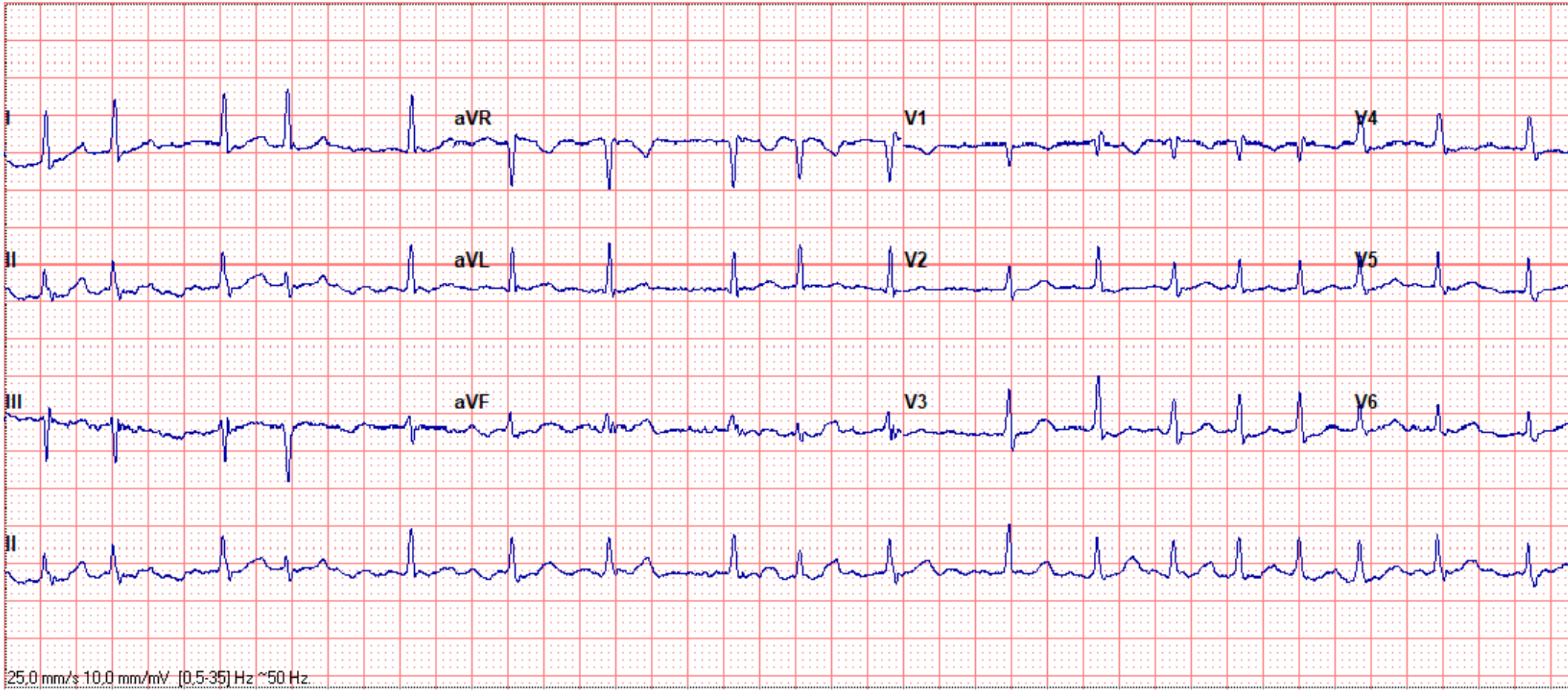
ECG 6

Fibrillation Atriale



ECG 10

Fibrillation Atriale



FA primo-diagnostiquée	FA qui n'a pas été diagnostiquée auparavant
FA paroxystique	FA qui se termine dans les 7 jours spontanément ou avec l'aide d'une intervention. La plupart des paroxysmes se terminant spontanément durent moins de 48 heures.
FA persistante	Épisodes de FA qui ne s'arrêtent pas spontanément. De nombreux essais d'intervention ont utilisé 7 jours comme seuil pour définir la FA persistante.
FA persistante de longue durée	FA continue d'une durée d'au moins 12 mois, mais pour laquelle la régularisation reste envisageable
FA permanente	FA pour laquelle aucune tentative ultérieure de régularisation n'est envisagée
FA induite (trigger induced)	Nouvel épisode de FA lié à un facteur précipitant et potentiellement réversible (alcoolisation, épisode septique, hypovolémie aiguë, intervention chirurgicale...)
Cardiomyopathie *atriale*	Processus associant remodelage inflammatoire et prothrombotique des *oreillettes*, une activation neurohormonale et une fibrose du tissu myocardique des *oreillettes* conduisant à la pérennisation de l'arythmie.
Tachycardiomyopathie = cardiomyopathie induite par la tachycardie	dysfonction systolique ventriculaire gauche chez certains patients présentant une arythmie supraventriculaire (le plus souvent une fibrillation atriale) rapide (FC > 100-120 battements/min) et prolongée et ceux après exclusion des causes classiques de cardiomyopathies. Après restauration d'un rythme sinusal ou contrôle efficace de la FC la fonction systolique se normalise.

Retentissement clinique	**ESSENTIEL** pour définir la prise en charge (PEC)
ECG 12 dérivations	**INDISPENSABLE** au diagnostic + et au traitement anticoagulant
Biologie	Iono, créatinine, **NtproBNP**, **TSH**, NFS, bilan hépatique, glycémie, HbA1C, bilan lipidique
ETT et avis cardio	**INDISPENSABLE** mais NE DOIT PAS RETARDER le traitement médical → intérêt de la téléexpertise, si nécessaire

classification des symptômes mEHRA
= modified European Heart Rhythm Association
A recueillir initialement puis à chaque étape de la prise en charge

		Symptômes ressentis	Symptômes gênants	Activité normale affectée	Activité normale impossible
1	aucun retentissement	0	0	0	0
2 a	léger retentissement	1	0	0	0
2 b	retentissement moyen	1	1	0	0
3	retentissement sevère	1	1	1	0
4	invalidant	1	1	1	1

N°1 = **Insuffisance cardiaque** Risque x 4 à 5 50 % des patients porteurs de FA présentera de l'IC
AVC ischémiques et autres accidents cardio-emboliques risque x 5 1/5 AVC ischémique lié à la FA
Déclin cognitif et démence vasculaire
Hospitalisations
Mortalité x 2

Flutter auriculaire

Le flutter auriculaire (FLA) est une tachyarythmies auriculaires fréquente

Les facteurs de risque du FLA et de la FA sont similaires.

Plus de la moitié des patients atteints de FLA développeront une FA.

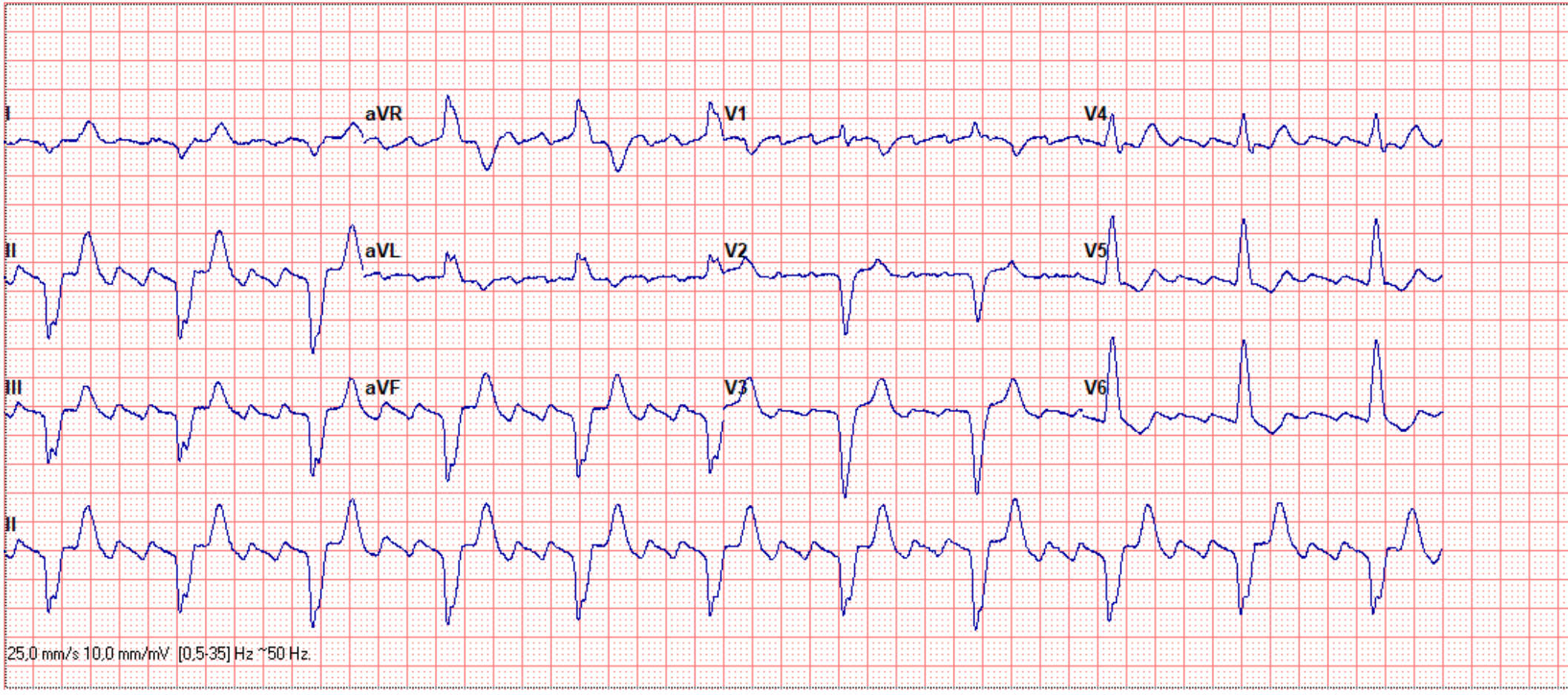
Le risque thromboembolique est élevé dans le FLA.

Prise en charge suivant la même démarche FA-CARE

L'ablation de l'isthme cavo-tricuspide (CTI) est supérieure aux médicaments antiarythmiques et donne de bons résultats à long terme dans le flutter typique.

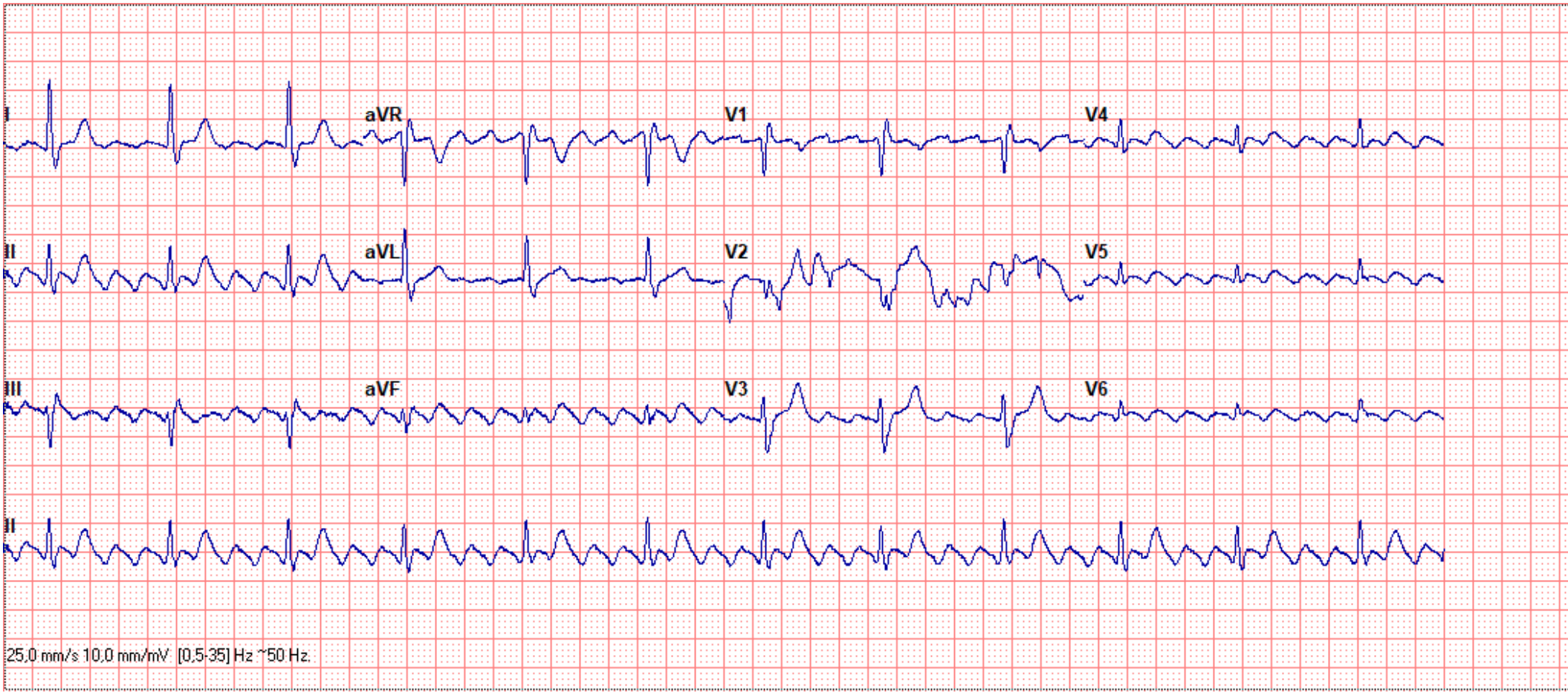
flutter auriculaire

Fibrillation Atriale



flutter auriculaire

Fibrillation Atriale



le parcours AF-CARE comprend :

- Gestion des Comorbidités et des facteurs de risque
- Éviter (Avoid) les accidents vasculaires cérébraux et la thromboembolie
- Réduire les symptômes en contrôlant la fréquence et le rythme
- Évaluation et réévaluation dynamique

Importance de

- l’égalité d’accès aux soins
- l’information des patients
- la formation des profesionnels
- la prise en charge multidisciplinaire
- la prise en charge centrée sur et concertée avec le patient

Favorisent - la survenue et
- la progression de la FA et des pathologies CV
- récidive après ablation ou après régularisation

Recommandations classe I :

- ↓ HTA : cibler TA [120-129 / 70-79] ; si > 85 ans ou fragilité : cibler PAS < 140
- ↓ diabète : prise en charge optimale
- ↓ obésité : cibler une perte de poids de – 10 %
- ↑ Activité physique adaptée
- ↓ Alcool (favorise FA, AVCi, accidts hémorgiq sous AC, récidive FA)
- Insuffisance cardiaque : très souvent associé à la FA ; interdépendance FA - IC ; facteur de gravité ; traitement optimal ; diurétiques si nécessaire mais veiller à une euvolémie
- Autres FDR et comorbidités

Recommandations classe IIb : Apnée du sommeil *car essais cliniques non concluants*

La prise en charge précoce des **comorbidités** et les **facteurs de risque** a une **action préventive** prouvée sur l'apparition de la FA

Evaluer le risque thrombo-embolique avec le Score CHA_2DS_2-VA

le sexe ne participe plus au score

C	Insuffisance cardiaque chronique ou FEVG < 40 %	1
H	Hypertension	1
A	Âge 75 ans ou plus	**2**
D	Diabète sucré	1
S	Antécédents d'AVCi, AIT ou thromboembolie	**2**
V	Maladie vasculaire, coronaire, périphérique, aortique	1
A	Âge 65–74 ans	1
	CHADS-VA =	Σ

D'autres marqueurs modifient le risque individuel d'AVCI et de thromboembolie doivent être pris en compte, notamment le cancer, l'insuffisance rénale chronique, l'origine ethnique (noir, hispanique, asiatique), les biomarqueurs (troponine et BNP) et, dans des groupes spécifiques, l'hypertrophie auriculaire, l'hyperlipidémie, le tabagisme et l'obésité.

Évaluation du risque hémorragique

L'utilisation des **scores de risque de saignement** (type HAS-BLED) est **non recommandés** car :
- faible exactitude
- expose au risque de non prescription d'ACO aux personnes à risque thromboembolique.

Très peu de contre-indications absolues et définitives aux anticoagulants oraux à l'ACO (en particulier aux AOD).
Un AOD peut souvent être initié ou réinitié en toute sécurité après l'arrêt d'un saignement aigu,

Prendre en considération comme FDR d'hémorragie :
- âgé avancé, fragilité
- antécédant d'hémorragie grave, pathologies existantes pouvant se compliquer d'hémorragies
- insuffisance rénale sévère, terminale, dialyse, transplantation
- cancer évolutif
- antécédant d'AVC, Troubles cognitifs
- pathologie cérébrale type tumeur, hémorragie sur angiopathie amyloïde = CI absolues

Prendre en charge des facteurs de risque hémorragique modifiables :
- contrôle strict de l'HTA
- réduire la consommation excessive d'alcool,
- évitement des agents antiplaquettaires ou anti-inflammatoires inutiles
- bonne gestion des traitement AC : observance, INR sous AVK, interactions médicamenteuses.
- PEC optimale des comorbidités et FDR

Les patients doivent être impliqués dans la prise de décision concernant l'anticoagulation

Indications du traitement anticoagulant oral *! Même si rythme sinusal restauré !*

- indiqué si score CHADS-VA ≥ 2
- conseillé si score CHADS-VA = 1 (IIa)
- pas indiqué si score CHADS-VA = 0

} À ré-évaluer périodiquement +++

- FA infraclinique détectée par un stimulateur ou un défibrillateur :

Traitement anticoagulant conseillé selon CHADS-VA, risque hémorragique et avec PEC des comorbidités et FDR

- indiqué si FA + cardiomyopathie hypertrophique (CMH) ou amylose cardiaque

Sans tenir compte du CHADS-VA, car risque thromboembolique élevé

Quel traitement ?

• traitement anticoagulant *(pas antiagrégant plaquettaire !)*

• AOD en première intention

- ↓ -50 % hémorragie cérébrale et plus efficace que les AVK
- poso réduite si DFG [15-29] sauf dabigatran contre-indiqué si DFG < 30
- apixaban et rivaroxaban contre-indiqué si DFG < 15

• AVK : - indiqué si ● prothèse valvulaire *mécanique* • rétrécissement mitral • DFG <15
- cibler INR [2-3] et ≥ 70 % des INR [2-3]

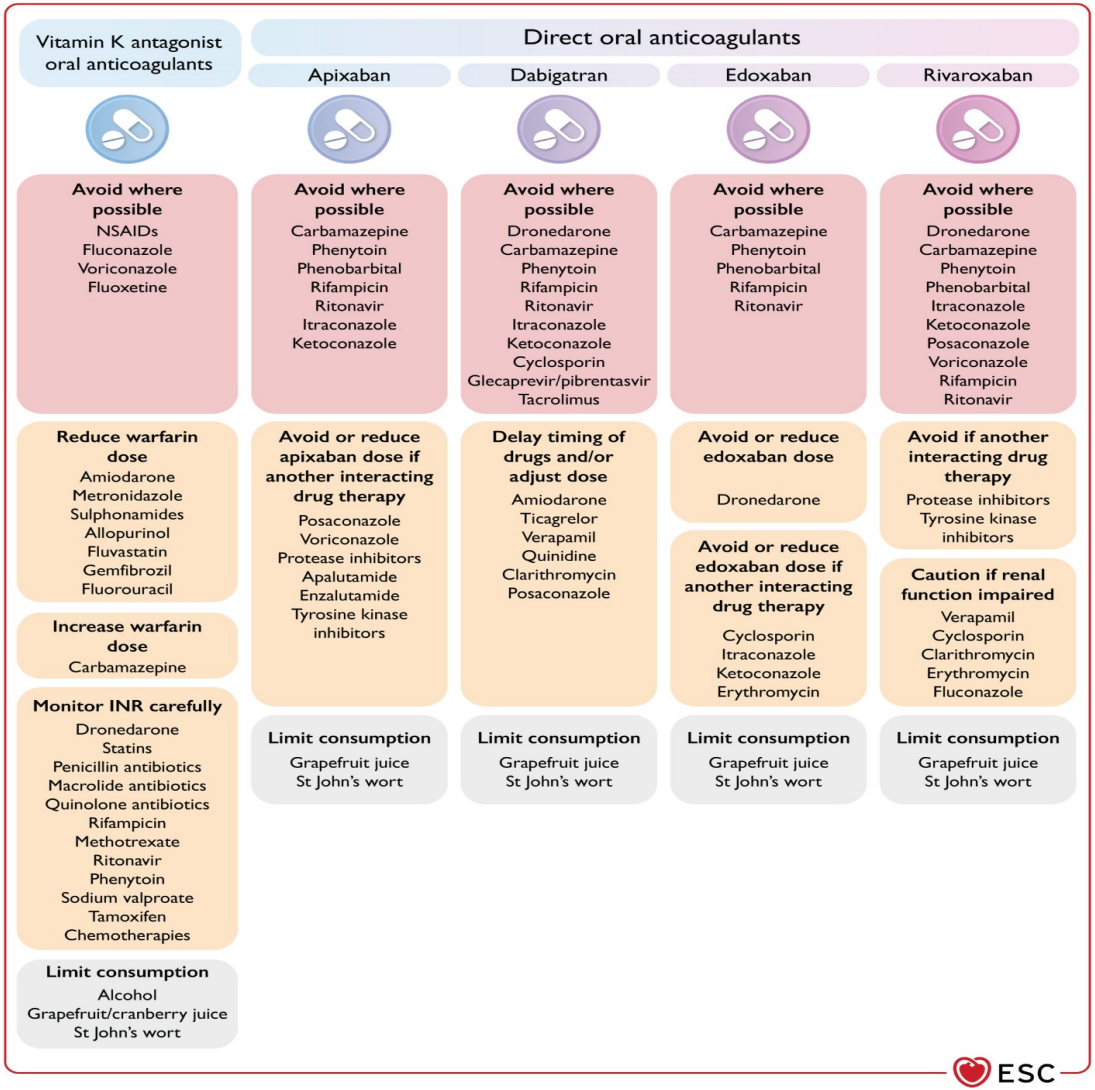
NB : Chez les patients cliniquement stables avec TTR > 70 %, ne pas remplacer les AVK par AOD

• Ne pas associer anticoagulant + antiagrégant plaquettaire
sauf épisode vasculaire aiguë et de façon temporaire, toujours ≤ 12 mois

Sauf situation particulière, les **doses complètes sont recommandées** pour assurer un plein effet préventif des accidents thromboemboliques		
	Dose complète	Dose réduite
Apixaban	**5 mg x 2 jour**	2,5 mg x 2 si > 2 des conditions suivantes : - âge ≥ 80 ans - poids corporel ≤ 60 kg - créatinine sérique ≥ 133 mmol/L
Rivaroxaban	**20 mg x 1**	15 mg si Clairance de la créatinine 15–49 mL/min
Dabigatran	150 mg x 2 jour	110 mg x 2 recommandée si : - âge ≥ 80 ans - traitement concomitant par vérapamil. 110 mg x 2 envisagée au cas par cas si : - âge 75–80 ans - insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine 30–50 ml/min) - patients atteints de gastrite, d'œsophagite ou de reflux gastro-œsophagien - autres patients présentant un risque accru de saignement. Contre-indiqué si clairance de la créatinine < 30

Interactions médicamenteuses courantes avec les anticoagulants oraux

NB : Sr John's wort = millepertuis



Après AVC sous anticoagulant

- s'assurer du **bon suivi** du tt AC

- rechercher une **autre cause** de thromboembolie (TSA, aorte)

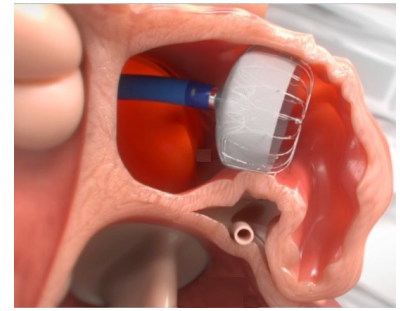
- **pas** de preuve d'efficacité de changer d'AC

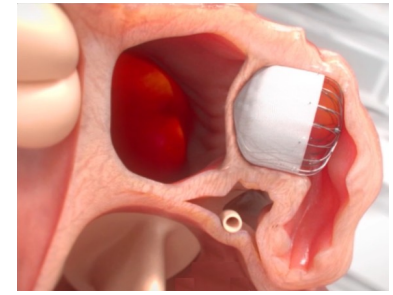
- **pas** de preuve d'efficacité d'ajouter un antiplaquettaire (mais augmente le risque hémorragique)

- **pas** de conduite à tenir proposée à part l'**optimisation de la PEC des FDR et comorbidités**

L'Occlusion percutanée de l'auricule gauche peut être envisagée Classe IIb

- Pour prévenir les AVC en cas de contre-indication au traitement anticoagulant chez un patient présentant une FA
- Essais cliniques non concluants.
- A envisager si CI absolue aux AC ou si récidive AVC sous AC





Occlusion chirurgicale de l'appendice auriculaire gauche Classe I

Traitement d'appoint en cas d'indication de chirurgie cardiaque pour une autre pathologie cardiaque

• En situation courante :

FC cible :
- recommandé : FC < 110 bpm

- FC < 80 si symptômes persistants ou tachycardiomyopathie

Comment ?

- si FEVG > 40 % : bêtabloquant, digoxine, diltiazem, vérapamil

- si FEVG < 40% : bêtabloquant, digoxine

- association médicamenteuse si nécessaire pour atteindre la FC cible
NB : Ivabradine (procoralan*) : inefficace si rythme non sinusal.

• En situation urgente, par voie IV :

- Si FEVG > 40 % : bêta-bloquants, diltiazem, vérapamil (préférés à la digoxine)

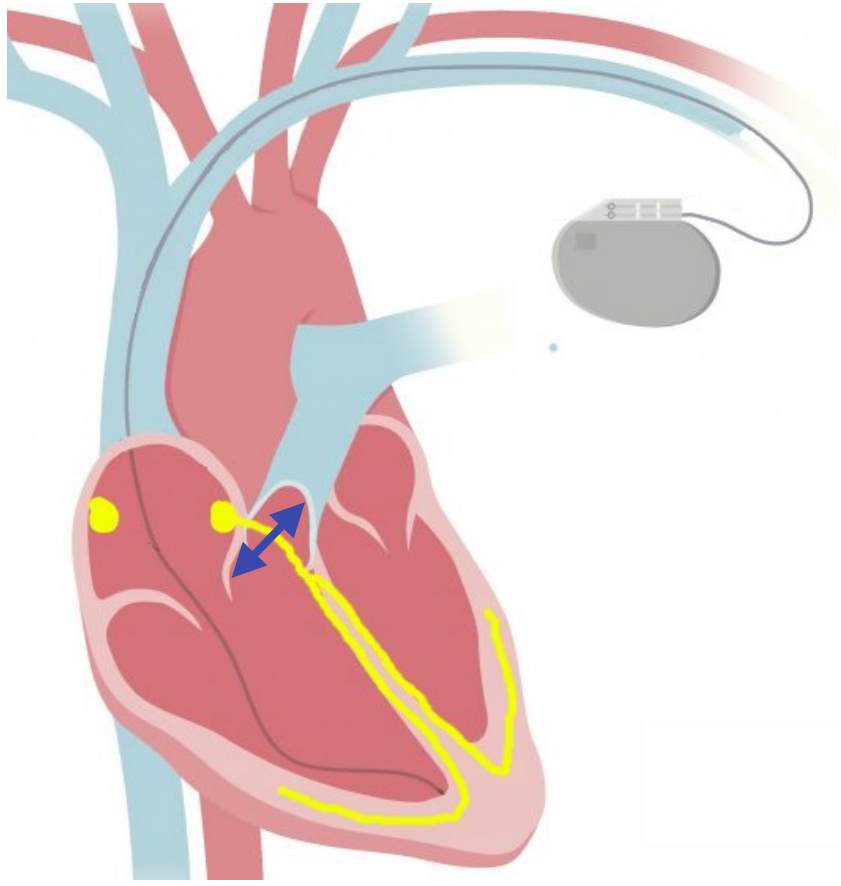
- si FEVG < 40% : bêta-bloquants, amiodarone, digoxine

Médicaments ralentisseurs de la FC en pratique ambulatoire

Métoprolol succinate	50 à 200 mg 1/j	
Bisoprolol	1,25 à 20 mg 1/j	
Aténolol	25 à 100 mg 1/j	
Nébivolol	2,5 à 10 mg 1/j	
Carvédilol	3,125–50 mg 2/j	
Vérapamil	40 mg 2/j à 480 mg 1/j	Contre-indiqué si FEVG ≤ 40 %. Adapter doses SI insuffisance hépatique et rénale.
Diltiazem	60 mg 3/j à 360 mg 1/j	
Digoxine	0,0625–0,25 mg 1/j	digoxinémie et fonction rénale à surveiller

Ablation du nœud auriculo-ventriculaire
+ implantation d'un stimulateur cardiaque

Peut être envisagée que si la fréquence cardiaque reste incontrôlée malgré l'examen d'autres options de traitement pharmacologiques et non pharmacologiques.



Contrôle du rythme (restauration du rythme sinusal) Fibrillation Atriale

Une restauration spontanée du rythme sinusal se produit chez 76 à 83 % des patients atteints de FA d'apparition récente.

Restaurer le rythme sinusal
- améliore les symptômes
- améliore la FEVG si altérée
- prévient la survenue d'épisodes d'insuffisance cardiaque et d'AVC (dans certains groupes de patients)

Le contrôle du rythme doit être accompagnée de la démarche AF-CARE

Avant une cardioversion (élecrique ou pharmaco) indication de suivre un traitement anticoagulant ≥ 3 semaines avec un INR > 2 si prise d'AVK

Après une cardioversion, la plupart des patients doivent poursuivre l'ACO pendant au moins 4 semaines

A long terme, si CHADS-VA ≥ 2 et conseillé si CHADS-VA = 1, l'ACO doit être poursuivi *même si le rythme sinusal est restauré.*

Cardioversion électrique

Sous sédation, dans des conditions de soin adaptées.

Avec un défibrillateur biphasique et par choc à énergie fixe maximale.

Un **pré-traitement** pendant 3 à 4 jours avec de la **flécaïnide**, de la **propafénone**, ou de **l'amiodarone** améliore le taux de réussite de la VCE et peut faciliter le maintien à long terme du rythme sinusal.

La restauration du rythme sinusal permet d'**évaluer l'impact de la FA** sur les symptômes et sur la FEVG et d'valuer le bénéfice attendu d'une ablation.

En situation d'instabilité hémodynamique causée par la FA, une cardioversion électrique est recommandée sans tarder.

Cardioversion pharmacologique

- moins efficace que la cardioversion électrique
- d'efficacité difficile à prouver car une restauration *spontanée* du rythme sinusal de produit chez 76 à 83 % des patients atteints de FA d'apparition récente.

Médicament per os	*Posologie initiale*	*Dosage ultérieur*	*Taux de réussite*	*précautions*
Flécaïnide	200–300 mg	50 à 150 mg x 2 / j	75%–85% à 6–8 h	Ne pas utiliser chez les patients souffrant d'une maladie structurelle ou coronarienne grave, du syndrome de Brugada ou d'une insuffisance rénale sévère. Documenter au préalable la sécurité et l'efficacité du médicament en milieu hospitalier avant de l'utiliser sous forme de pilule dans la poche. Un agent bloquant le NAV doit être administré pour éviter une conduction 1:1 en cas de transformation en futter A. La prudence est de mise chez les patients atteints d'une maladie du nœud sinusal et d'un dysfonctionnement du NAV. Ne PAS utiliser pour la conversion du flutter auriculaire.
Propafénone	450–600 mg	150-300 mg x 3 / j	69%–78% à 8 h	
Amiodarone			Effet retardé	Peut provoquer une hypotension, une bradycardie/un bloc auriculo-ventriculaire, un allongement de l'intervalle QT. Uniquement s'il n'y a pas d'autre option chez les patients atteints d'hyperthyroïdie (risque de thyrotoxicose). Tenir compte du large éventail d'interactions médicamenteuses.

La voie IV est possible en mileu hospitalier

Cardioversion par dose orale unique auto-administrée (pill in the pocket)

Une dose orale unique auto-administrée de flécaïnide ou de propafénone (pilule dans la poche) est efficace chez les *patients symptomatiques atteints de FA paroxystique peu fréquente et d'apparition récente.*

La mise en œuvre sûre de cette stratégie nécessite d'exclure un dysfonctionnement du nœud sinusal, des défauts de conduction auriculo-ventriculaire ou un syndrome de Brugada, ainsi qu'une validation préalable à l'hôpital de son efficacité et de sa sécurité.

Un médicament bloquant le nœud auriculo-ventriculaire doit être instauré chez les *patients traités par des AAR de classe IC* pour éviter une conduction 1:1 si le rythme se transforme en flutter atrial

! Pratique démodée en raison de l'efficacité de l'ablation

Contrôle du rythme (maintien du rythme sinusal) Fibrillation Atriale

Médicaments antiarythmiques (AAR) pour maintenir le rythme sinusal

N'éliminent pas les récidives de FA, mais une récidive n'équivaut pas à un échec thérapeutique si les épisodes sont moins fréquents, plus brefs ou moins symptomatiques.

Toujours accompagné de la **PEC optimale des comorbidités** et des FDR.

Efficacité limitée, réduit les récidives de FA de 20 à 50 % par rapport au placebo.

Les **associations** d'AAR ne sont pas recommandées.

Tous les AAR peuvent provoquer des **effets indésirables** cardiaques (proarythmie, inotropisme négatif, hypotension) et extracardiaques graves (toxicité organique, principalement de l'amiodarone). L'amiodarone induit un dysfonctionnement thyroïdien chez 15 à 20 % des patients traités.

! La sécurité du médicament, plutôt que son efficacité, doit déterminer le choix du médicament.

! Le **risque** de proarythmie **augmente** chez les patients atteints d'une **cardiopathie structurelle.**

Ablation par cathéter

FA symptomatique paroxystique ou persistante lorsque le patient est intolérant ou ne répond pas aux AAR
- **prévient les récidives de FA,**
- **réduit la charge de FA**
- **améliore la qualité de vie**

Plusieurs essais cliniques ont fourni des preuves en faveur de l'ablation par cathéter comme approche de **première intention** pour le contrôle du rythme chez les patients atteints de **FA paroxystique**

Concernant le symptômes dûs à des **pauses prolongées à la fin de la FA** : l'ablation par cathéter améliore les symptômes et évite l'implantation d'un stimulateur cardiaque

Dans la **FA a-symptomatique** l'indication de l'ablation n'est pas pleinement établie,

Dans l'**insuffisance cardiaque à FEVG altérée**, l'ablation par cathéter, diminue la récidive de FA, augmente la FEVG, baisse la morbi-mortalité

Les résultats de l'ablation par cathéter sont diminués si l'oreillette est très dilaté, fibrosée à l'IRM, si la FA persistante est ancienne et dans l'obésité.

Ablation par cathéter, recommandations :

FA symptomatique paroxystique ou persistante
lorsque le patient est intolérant ou ne répond pas aux AAR (classe I)

FA symptomatique paroxystique en 1ère intention (classe I)

FA symptomatique persistante en 1ère intention (classe IIb)

FA + IC à FEVG réduite par tachycardiomyopathie (classe I)

FA + IC à FEVG réduite (classe IIa)

FA avec pose post FA (classe IIa)

FA récidivante après ablation (classe IIa) si échec de la 1ère ablation ou si amélioration clinique après la 1ère ablation

Une cardioversion électrique préalable est conseillée avant ablation pour évaluer le bénéfice de la régularisation et prédire le bénéfice attendu de l'ablation

Pb du risque hémorragique des association AC + antiplqt

- AC : - Privilégier AOD (à pleine poso)

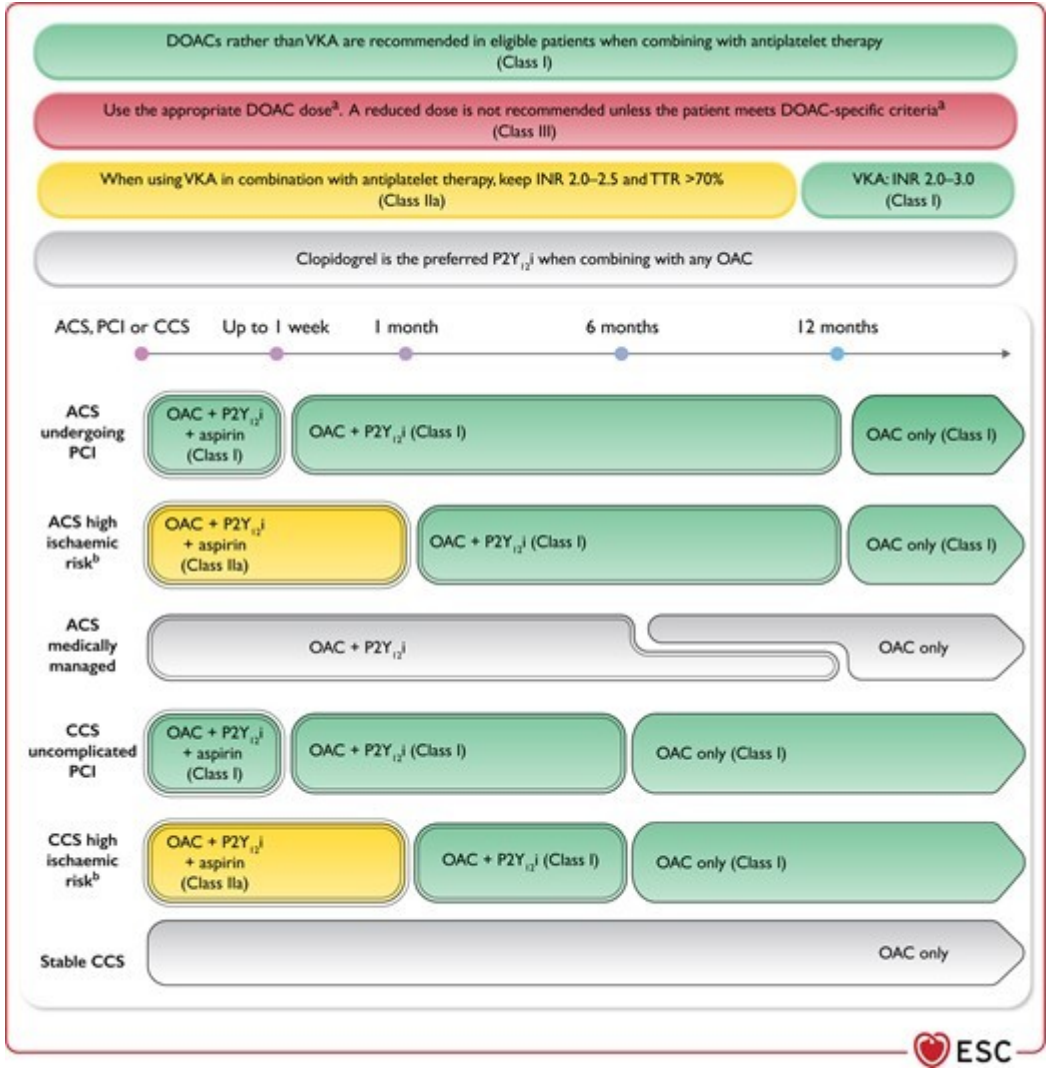
- Raccourcir la triple assoc° AC + aspirine + inhib P2Y* limitée en durée ≤ 1 mois

- Puis double association AC + inhib P2Y* limitée en durée ≤ 12 mois

- Puis AC seul

* P2Y : privilégier le clopidogrel

Après chirurgie vasculaire ou épisode ischémique périphérique :
Même problème d'association *temporaire* AC + antiplqt à limiter en durée en raison du risque hémorragique



FA induites en situations aiguës

- Infections (bacteriennes and virales)
- Pericardites, myocardites
- Situations d'urgence (brûlures, trauma severe , choc)
- Alcoolisation
- Drogues : methamphetamines, cocaine, opiates, cannabis
- Interventions, procedures, et chirurgie
- Endocrinologiques (thyroide, surrénales, pituitaires)

· L'épisode de FA induite signale un risque de récidive et d'AVC.

· Pas d'essais clinique concernant leur PEC.

· On conseille la démarche AF-CARE et d'ajuster la PEC au risque thromboembolique et au risque de saignement.

CAT au cabinet de MG devant une FA

Proposition dans le territoire de Redon

ECG	indispensable pour débuter un anticoagulant	téléexertise si nécessaire
Tolérance clinique ?	- dyspnée, fatigue, malaises … - signes congestifs - TA et FC (moyenner la FC sur 10 RR)	• Bonne : PEC ambulatoire MG + cardio • Mauvaise : cardiologue sans tarder • Très mauvaise : hôpital
Biologie sous 24 h	Iono, créatinine, *NtproBNP, TSH*, NFS, bilan hépatique, glycémie, HbA1C, bilan lipidique	
Anti coagulant	- AOD en 1ère intention, poso ajustée au DFG - AVK si prothèse valvulaire mécanique ou rétrécissement mitral ou DFG <15	Selon CHADSVA et risque hémorragique (sans utiliser de score)
TT ralentisseur	- Bblqt, poso ajustée à la FC - Sinon digoxine ou diltiazem ou verapamil	
Télé-expertise	Si nécessaire et pour la prise de RDV	RDV sous 1 mois pour avoir un peu de recul sur la persistance de la FA

Ré-évaluation dans la durée : À M+6 puis 1 / an ou selon l'évolution

- ECG, bio, ETT, ± holter …
- faire le point sur FDR et comorbidités *et les traiter*
- CHADS-VA, qui augmente en particulier avec l'âge
- Retentissement clinique (mEHRA) et échocardiographique
- Risque hémorragique et fonction rénale
- Poursuite tt anticoagulant selon le CHADS-VA *même si rythme régularisé*