

Amiodarone et prévention des récurrences de fibrillation auriculaire.

La prévalence de la fibrillation auriculaire (FA) croît avec l'âge, atteignant 6 à 14% après 70 ans. Associée à d'autres anomalies cardiaques, ou isolée, elle peut être responsable de manifestations cliniques variables: palpitations, réduction de la tolérance à l'effort, insuffisance cardiaque; elle quintuple le risque d'AVC et double la mortalité chez les patients^{1,2}. Le rétablissement du rythme sinusal améliore les symptômes, sans qu'il ait été démontré qu'il réduisait le risque d'AVC. La réduction de ce risque passe par les antithrombotiques¹.

Par ailleurs une récurrence après cardioversion survient dans les 3 à 6 mois chez près de la moitié des patients. Pour éviter ces récurrences des antiarythmiques sont utilisés: la quinidine, le plus ancien, assure le maintien du rythme sinusal à un an chez 50% des sujets contre 25% chez les témoins. Flécaïnide, sotalol, propafénone, sont également utilisés, avec une efficacité égale ou supérieure. Mais tous ces antiarythmiques aggravent les insuffisances cardiaques, et surtout ont un effet proarythmique parfois responsable de mort subite; dans une méta-analyse, la mortalité était supérieure sous quinidine (2,9%) que chez les témoins (0,8%).² L'amiodarone semble avoir moins d'effet proarythmique et être mieux tolérée par les myocards fragiles. Mais elle a d'autres effets secondaires. Un essai contrôlé récent apporte des informations³.

L'étude, réalisée dans 19 centres canadiens, avait pour objectif de comparer l'amiodarone (AM) à deux autres antiarythmiques, le sotalol (ST) et la propafénone (PP) dans la prévention des récurrences de FA. Etaient inclus des patients ayant eu un épisode de FA dans les six mois précédents, avec indication de traitement antiarythmique au long cours. Etaient exclus FA de plus de 6 mois, infarctus récent, insuffisance cardiaque, pathologie associée.

403 patients ont été randomisés (sans aveugle) entre AM (201), ST (101) PP (101). L'AM était donnée après une dose de charge à une dose d'entretien de 200mg/j. Le ST à la dose de 320mg/j, le PP à la dose de 600mg/j adaptées selon l'âge, le poids et la créatinine. Une cardioversion était pratiquée si la FA était encore présente après 21 j. Les patients ont été suivis en moyenne 16 mois, avec 10

perdus de vue. Il a fallu au 21^{ème} jour 48 cardioversions dans le groupe AM, 84 dans les groupes ST et PP. Une récurrence de FA est survenue chez 35% des patients sous AM, et 63% des patients sous ST ou PP. (p<0,001). La probabilité de rester en rythme sinusal après un an était de 69% sous AM, de 39% sous ST ou PP (p<0,001). Il n'y avait pas de différence significative entre ST et PP.

En comparant les 2 groupes AM ou ST+PP, on note autant de morts (9 et 8), autant d'événements cliniques majeurs (18 et 17%). Les interruptions de traitement ont été de 34% vs 46% (p=0,01), motivées par inefficacité (8% vs 28%, p<0,001), non observance (7% vs 7%), par des effets secondaires (18% vs 11%, p=0,06). Il y eut sous AM 4 anomalies pulmonaires (1 sûrement liée à AM, 3 possibles), 2 hypothyroïdies et une hyperthyroïdie.

Les auteurs retiennent une **efficacité presque double de l'AM vs ST ou PP dans la prévention des récurrences de FA**. Les résultats constatés avec ST ou PP sont similaires à ceux rapportés ailleurs avec quinidine ou flécaïnide. L'AM semble bien tolérée et il n'a pas été observé d'effets proarythmiques. Les complications pulmonaires et thyroïdiennes ont été rares, sans doute du fait de la durée encore limitée du suivi, et des doses relativement faibles utilisées. Des études à plus long terme restent nécessaires de ce point de vue. Pour les auteurs, dans la prévention des récurrences de FA, l'AM, plus efficace et avec de risques moindres que les autres antiarythmiques, ne doit pas être réservée à leurs échecs, mais peut être prescrite en première intention, particulièrement en cas de fonction ventriculaire altérée. Rappelons ici la nécessité de la surveillance thyroïdienne et pulmonaire en cas de traitement prolongé avec AM.

En fonction de ces données, **deux attitudes sont possibles en cas de FA** en dehors du traitement de la cardiopathie sous-jacente et du traitement antithrombotique² :

- **Simple ralentissement** de la fréquence cardiaque en cas de non-indication ou d'échec de la cardioversion. En l'absence d'insuffisance cardiaque on peut utiliser digoxine, bêta-bloquant (sauf sotalol en raison de ses effets secondaires), amiodarone, vérapamil, diltiazem. En cas d'insuffisance cardiaque digoxine ou amiodarone. Sur le plan bénéfice-risque, la digoxine semble, dans les deux cas, le choix de première ligne.
- **Cardioversion** en cas de FA récente et mal tolérée, ou chez des sujets jeunes, en l'absence de cardiopathie sévère. Prévention des récurrences si la FA était mal tolérée, l'amiodarone ayant ici une place de choix. Les récurrences malgré le traitement incitent à ne pas faire de cardioversion itérative.

1- Anonyme. Les antithrombotiques en prévention des AVC des fibrillations auriculaires. Pour quels patients ? Bibliomed 2000;179

2- Dumont E. Traitement de la fibrillation auriculaire. Rev Prescrire 1996;16(160):221-230

3- Roy D et al. Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation. N Engl J Med 2000;343(13):913-920.

Mots clé: ACFA, antiarythmique, amiodarone, régularisation, prévention, récurrence, traitement

Numéro 186 du 18 mai 2000