



Réduire ou ralentir les fibrillations auriculaires?

L'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) est un des troubles rythmiques les plus fréquents, surtout après 65 ans. Ses risques sont triples: gêne fonctionnelle liée à la rapidité du rythme, insuffisance cardiaque secondaire, accidents thromboemboliques, notamment cérébraux. Le rétablissement du rythme sinusal devrait contrôler ces risques. Mais le risque d'AVC lié aux fréquentes rechutes conduit à poursuivre le traitement anticoagulant; les antiarythmiques donnés en prévention des rechutes ne sont pas sans inconvénients. Une stratégie plus simple, visant simplement à ralentir le rythme, associée aussi aux anticoagulants, peut contrôler les divers risques. Ces deux attitudes, contrôle du rythme ou contrôle de la fréquence n'avaient pas été comparées. Deux essais viennent de le faire.

L'étude AFFIRM²: 4060 patients issus de 213 centres américains (âge moyen: 69,7 ans; femmes/ 39%) avec une ACFA semblant susceptible de persister ont été randomisés en deux groupes: un groupe contrôle du rythme (GCR) avec cardioversion, si besoin répétée, et traitement antiarythmique préventif; un groupe contrôle de la fréquence (GCF) avec médicaments pour maintenir le rythme à moins de 80/mn. au repos. Les deux groupes recevaient des anticoagulants (AVK), ceux du GCR, pouvaient l'arrêter si le rythme sinusal se maintenait plus de 4 semaines. Les médicaments utilisables, à l'appréciation du médecin traitant, étaient pour le GCR: antiarythmiques du groupe 1, sotalol ou amiodarone; pour le GCF: digoxine, β -bloquants, inhibiteurs calciques (vérapamil et diltiazem). Après un suivi moyen de 3,5 ans (maximum 6 ans), on note dans le GCR une mortalité plus élevée, mais non significativement (356, 26,7% vs 310, 25,9%; $p=0,08$), la différence apparaissant après la première année de suivi. De même on note plus de torsades de pointe (12 vs 2, $p=0,007$) et d'arrêts cardiaques avec bradycardie (9 vs 1, $p=0,01$), plus d'hospitalisations (80% vs 73%, $<0,001$). Le nombre des AVC est voisin dans les deux groupes, survenant surtout lors des arrêts des AVK, ou lors d'un INR trop bas; 30% des patients du GCR et 54% de ceux du GCF étaient en rythme sinusal lors de l'AVC.

Une étude hollandaise³: 522 patients de 31 centres (âge moyen: 68 ans, femmes: 36,5%) ont été randomisés entre GCR et GCF. Les patients avaient une ACFA persistante de moins d'un an, et eu au maximum 2 cardioversions électriques dans les deux années précédentes. Les traitements utilisés étaient dans le GCF digoxine, β -bloquants, inhibiteurs calciques et dans le GCR une cardioversion initiale, si besoin répétée 3 fois, et comme traitement préventif des rechutes: sotalol, puis flécaïnide ou propafénone, puis amiodarone. Tous recevaient des AVK, sauf si le rythme sinusal était maintenu plus d'un mois dans le GCR et chez les patients de moins de 65 ans, sans anomalie cardiaque sous-jacente dans le GCF. Après un suivi moyen de 2,3 ans, le critère d'évaluation composite (somme de mortalité cv, insuffisance cardiaque, saignements, complications thrombo-emboliques, effets secondaires des médicaments) montrait une tendance non significative en défaveur du GCR (22,6% d'évènements vs 17,2%). La mortalité était similaire dans les 2 groupes, mais le taux d'effets sévères des antiarythmiques était supérieur dans le GCR (8 vs 3) ainsi que le taux d'AVC (21 vs 14). La plupart des AVC survenaient avec un INR bas. La supériorité du GCF était plus nette chez les femmes (10,5% d'évènements vs 32%) et chez les hypertendus (17,3% vs 30,8%).

Le contrôle du rythme cardiaque. n'est pas supérieur au simple contrôle de la fréquence. Dans les deux groupes, la mortalité à 2 ou 3 ans est similaire, ou légèrement plus élevée dans le GCR, le taux d'AVC similaire. Le taux de maintien du rythme sinusal lors de la survenue de l'AVC dans les GCR (39% dans l'étude hollandaise et 63% dans AFFIRM) ne modifie pas ces résultats. La cause principale de survenue d'un AVC est liée dans les deux groupes à l'arrêt des AVK ou à un INR trop bas.

Mais ces résultats sont moins certains pour un premier épisode d'ACFA (absents de l'étude hollandaise) et pour les jeunes sans facteur de risque cardiovasculaire (rares dans les deux études).

En pratique⁴, sans être impérative, une première cardioversion reste licite, particulièrement chez les jeunes sans facteur de risque d'AVC. En cas de rechute le contrôle de la fréquence est raisonnable. Mais dans les deux cas, hormis cas particuliers, le maintien et le contrôle rigoureux des anticoagulants s'impose.

1- Le Heuzey JY, Ait Saïd M, Paziad O. Fibrillation auriculaire: réduire ou ralentir? Rev Prat. 2002;52:1335-8

2- The 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 (23): 1825-33

3- Van Gelder et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002;347 (23):1834-40

4- Falk RH. Management of atrial fibrillation. radical reform or modest modification. N Engl J Med. 2002;347(23):1883-7

Mots-clé: ACFA, traitement, régularisation, prévention, antiarythmique

Numéro 289 du 16 janvier 2003

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>