

Mots clés :

ACFA
AVC
AVK

Fibrillation auriculaire : quels patients anticoaguler ?

Le risque majeur de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) est le risque thromboembolique, notamment celui d'AVC. Ce risque est réduit par l'anticoagulation orale et l'aspirine, respectivement -60% et -20% en risque relatif (Bibliomed 178), avec un rapport bénéfice/risque favorable¹. Deux questions restent difficiles : y a-t-il des patients plus à risque que d'autres (en dehors des ACFA sur valvulopathie) et qu'en est-il chez les personnes âgées ? Des données récentes répondent à ces questions et permettent ainsi d'« éviter le paradoxe de l'anticoagulation : suranticoaguler les patients qui en ont le moins besoin et priver d'anticoagulants ceux qui en tirent le plus grand bénéfice »².

Qui sont les patients à risque thromboembolique ?

Les données 2000 concernant les marqueurs de risque restent valables. La validation épidémiologique en 2001 du **score CHADS₂**, établie à partir des différentes classifications antérieures, facilite la décision²⁻⁴. Ce score prend en compte l'insuffisance cardiaque Congestive récente (1 point), l'Hypertension (1), l'Age \geq 75 ans (1), le Diabète (1) et un antécédent cérébrovasculaire, AVC (**Stroke**) ou accident ischémique transitoire (2). Le score global sur 6 définit le risque thromboembolique, en progression quasi-linéaire de 1,9 (1,2-3,0) pour un score 0 à 18,3 (10,5-27,4) pour un score 6. L'échographie peut apporter des éléments complémentaires, sans modifier foncièrement le score clinique⁴.

CHADS₂=0 : ne pas introduire les AVK

Chez ces patients considérés comme à faible risque thromboembolique, le rapport bénéfice/risque des AVK est incertain. Les recommandations sont de ne pas anticoaguler, mais d'utiliser l'aspirine à une dose quotidienne de 81 à 325 mg selon les essais⁴. Malgré cette recommandation, l'étude suisse (auprès de cardiologues non hospitaliers genevois) a montré un traitement anticoagulant prescrit à 58% de ces patients². Nous n'avons pas trouvé de données françaises.

Anticoagulation recommandée si CHADS₂ \geq 1

Selon les recommandations⁴, on peut hésiter entre aspirine et AVK au score 1, mais les AVK sont le seul choix possible au-delà, avec un INR entre 2 et 3 (cible : 2,5).

Que conclure pour notre pratique ?

L'anticoagulation reste l'élément essentiel de la prise en charge des ACFA, même chez les personnes âgées. Sauf rares contre-indications et chez les patients à faible risque tels que définis par un score CHADS₂ égal à 0 chez lesquels le rapport bénéfice/risque devient favorable à l'aspirine, la prescription des AVK avec INR entre 2 et 3 doit être la règle.

L'AFSSAPS a récemment alerté les prescripteurs sur le bon usage des AVK. Ceux-ci, prescrits à près de 900 000 français, sont à l'origine du plus fort taux d'hospitalisation pour effet indésirable : 0,45% en 2007 vs 0,41% en 1998 (12,3% des hospitalisations en 2007 vs 13% en 1998)⁶. L'AFSSAPS rappelle qu'en France, une récente étude a montré que le taux d'événements thrombotiques et hémorragiques ne différait pas selon que la prise en charge était spécialisée (« cliniques d'anticoagulants ») ou habituelle, assurée à plus de 90% par les généralistes⁶, ce qui confirme dans ce domaine l'importance de l'éducation et de l'accompagnement, au-delà de la prescription.

Cette attitude est efficace en prévention des AVC avec un risque hémorragique moindre que le bénéfice.

Les patients âgés bénéficient le plus des AVK

L'ACFA devient une cause d'AVC de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge : la prévalence des AVC va de moins de 1% avant 60 ans à 8 à 10% après 80 ans selon les données d'une récente étude de cohorte américaine⁵. L'âge est donc un facteur prédictif indépendant d'AVC, dont le risque relatif augmente d'un facteur 1,4 à chaque décennie ; il est globalement 6 fois plus important dans la population atteinte d'ACFA que dans la population en rythme sinusal⁴. Mais c'est aussi chez les patients les plus âgés que le risque hémorragique lié aux AVK est le plus élevé. Il est donc d'autant plus important que l'INR soit parfaitement stabilisé dans la zone thérapeutique, entre 2 et 3. Dans la cohorte américaine⁵, la crainte par le médecin d'un risque hémorragique accru au-delà de 80 ans expliquait en premier une moindre prescription d'AVK. Pourtant, dans cette cohorte comme dans d'autres séries^{4,5}, le taux réel d'accidents hémorragiques ne différait pas significativement, sauf chez les patients porteurs d'un ulcère gastrique. Les données récentes attestent que malgré l'anticoagulation chez des patients de plus en plus âgés, le taux d'hémorragies intracérébrales a baissé considérablement, entre 0,1% et 0,6% dans les séries contemporaines^{2,4}.

Références

- 1- Hart RG et al. Meta-analysis: anti-thrombotic therapy to prevent stroke in patients who have non valvular atrial fibrillation. *Ann Int Med.* 2007;146:857-67.
- 2- Meitz A, Zimmermann M. Fibrillation auriculaire et respect des recommandations internationales au quotidien. *Rev Med Suisse.* 2009;5:520-5.
- 3- Gage B. et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the national registry of atrial fibrillation. *JAMA.* 2001;285:2864-70.
- 4- ACC/AHA/ESC. 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary. *Eur Heart J.* 2006;27:1979-2030.
- 5- Waldo AL et al. Hospitalized Patients With Atrial Fibrillation and a High Risk of Stroke Are Not Being Provided With Adequate Anticoagulation. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46:1729-36
- 6- Afssaps. Point sur la nouvelle campagne d'information sur les traitements anticoagulants antivitamine K. 25/9/08.