

Mots clés :

ACFA
AVC
AVK

Fibrillations auriculaires isolées : lesquelles anticoaguler ?

En dehors de problèmes étiologiques spécifiques, la fibrillation auriculaire (FA) évolue le plus souvent sur 3 modes : paroxystique (épisodes de moins de 7 jours, interrompus spontanément ou par cardioversion), persistant (plus de 7 jours ou récurrents) ou permanent (FA de longue durée, la cardioversion ayant échoué ou n'ayant pas été tentée)^{1,2}. Le score CHADS₂ permet une évaluation globale du risque thromboembolique du patient, base de l'indication d'aspirine ou d'AVK (*Bibliomed* 544). Mais d'autres questions se posent : toute FA doit-elle être anticoagulée, même pour des paroxysmes brefs ; peut-on arrêter l'anticoagulation quand le rythme sinusal est rétabli ? Des publications récentes¹⁻⁵ répondent à ces questions à partir de données issues pour la plupart de l'étude épidémiologique *Euro Heart Survey* (2003-2004). Elles réfutent le traditionnel « paradigme » selon lequel l'anticoagulation serait moins essentielle en cas d'épisodes rares et brefs de FA.

Euro Heart Survey a suivi durant un an 1509 patients avec FA paroxystique, 1109 en FA persistante et 1515 en FA permanente^{2,4}. Alors que le score initial CHADS₂ était en moyenne plus élevé pour les FA permanentes, l'incidence d'AVC a été similaire dans les 3 groupes. Plus encore, tous les risques (mortalité cardiovasculaire, thrombo-embolie, hémorragie majeure) ont été comparables en analyse uni ou multivariée. Comme dans d'autres études, ces données permettent de préciser les stratégies pour les divers sous-types de FA.

FA paroxystique

Que les patients aient fait ou non un AVC antérieur, leurs accès de FA paroxystique ont été de fréquence et durée comparables. Le risque thromboembolique étant le même que dans les autres sous-types de FA⁵, les AVK sont donc indispensables d'emblée dans tous les cas s'il existe des facteurs de risque au score CHADS₂. En outre, selon diverses étudesⁱⁿ¹, 48h représentent une « frontière » : la probabilité de retour spontané au rythme sinusal, forte avant 48h, décline ensuite rapidement.

FA « régularisée »

L'expérience montre que les cardioversions par choc électrique et les ablations nodales par cathéter sont systématiquement anticoagulées, alors que les cardioversions pharmacologiques le sont moins, même en présence de facteurs de risque⁴. Pourtant, dans l'année

qui suit, le risque d'AVC et d'accidents thromboemboliques est plus élevé en cas d'accès paroxystiques que si la FA est persistante (p 0,029 et 0,01)⁵. A défaut d'études randomisées, des études cas-contrôles ont montré un risque thromboembolique global de 1 à 5%¹. Il est minoré par une anticoagulation orale (INR entre 2 et 3) 3 semaines avant la cardioversion et 4 semaines après ou, s'il y a urgence (instabilité hémodynamique, OAP, etc.), par héparinothérapie 2 jours avant et relais AVK (risques respectivement de 0,5 et 0,81%). Le risque de thrombus est maximum dans les 10 jours suivant la régularisation du rythme⁵. Que la FA soit paroxystique ou persistante, c'est une maladie chronique, où la récurrence est fréquente.

FA permanente

Quand la cardioversion a échoué ou que patient et médecin décident de ne pas tenter de restaurer le rythme sinusal, l'anticoagulation au long cours doit être maintenue. Les essais comparant les stratégies régulariser vs ralentir ne montrent pas de différence de mortalité, d'hospitalisations, d'AVC ou de complications thromboemboliques, de récurrences d'arythmies entre les 2 groupes⁵. Les facteurs prédisposant aux récurrences sont aussi ceux du risque thromboembolique : âge avancé, insuffisance cardiaque, HTA, aggravation des dysfonctions auriculaire et ventriculaire.

Que conclure pour notre pratique ?

L'anticoagulation reste encore en 2009 insuffisamment assurée chez les patients en FA à risque thromboembolique élevé^{3,4}. Quel que soit le mode de FA, la prévention thromboembolique doit être la première préoccupation :

- **Même en cas de crises brèves, mais récurrentes**⁵ (en dehors d'étiologies réversibles évidentes, telles l'hyperthyroïdie), le diagnostic de FA chez un patient à risque thromboembolique élevé (CHADS₂ ≥1) suppose une anticoagulation immédiate et au long cours⁵. Pour un risque faible, le rapport bénéfice/risque peut s'inverser⁵.
- **Même après cardioversion, spontanée ou non** : les patients à risque thromboembolique élevé doivent rester anticoagulés.
- **Chez les patients en FA permanente**, l'anticoagulation doit être envisagée dès CHADS₂ ≥1, associée avec le contrôle du rythme ventriculaire.

Tout cela impose alors un accompagnement et une éducation du patient pour maintenir l'INR entre 2 et 3, seul moyen d'éviter les accidents des AVK.

Références

- 1- Grönfeldt GC et al. Quality of life in atrial fibrillation: an increasingly important issue. *Eur Heart J*. 2003; 5 (Supplement H):H25-H33.
- 2- Nieuwlaet R et al. Should we abandon the common practice of withholding oral anticoagulation in paroxysmal atrial fibrillation? *Eur Heart J*. 2008; 29: 915-22.
- 3- Meitz A, Zimmermann M. Fibrillation auriculaire et respect des recommandations internationales au quotidien. *Rev Med Suisse*. 2009; 5: 520-5.
- 4- Nieuwlaet R et al. Antithrombotic treatment in real-life atrial fibrillation patients: a report from the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J*. 2006; 27: 3018-26.
- 5- ACC/AHA/ESC. 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary. *Eur Heart J*. 2006; 27: 1979-2030.