

Mots clés :

ACFA  
Antiarythmique

## Fibrillation auriculaire : quel antiarythmique prescrire ?

Il est maintenant démontré que pour la fibrillation auriculaire (FA), à côté des AVK lorsqu'ils sont nécessaires, le simple contrôle de la fréquence ventriculaire ou le rétablissement et le maintien du rythme sinusal sont deux attitudes équivalentes en termes de mortalité, morbidité, qualité de vie (*Bibliomed* 544, 546, 562)<sup>1</sup>. Dans les deux cas les mêmes médicaments, tous « antiarythmiques », sont utilisables pour ralentir le cœur ou maintenir le rythme sinusal, chacun avec ses avantages et inconvénients propres, les  $\beta$ -bloquants étant les plus utilisés. Diverses études descriptives ou randomisées et synthèses<sup>2-5</sup>, le dernier guide des sociétés cardiologiques<sup>1</sup> éclairent les choix utiles dans ce domaine.

### Chaque antiarythmique a ses caractéristiques

Les antiarythmiques utilisables sont de classe IA (disopyramide, quinidine), IC (flecainide, propafénone) et III (amiodarone, dofétilide, sotalol), plus accessoirement digitaliques, autres  $\beta$ -bloquants, inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques (verapamil, diltiazem)<sup>3,5</sup>.

Pour ralentir la fréquence cardiaque, les médicaments utilisés dans la *Euro Heart Survey*<sup>2</sup> (5333 patients) étaient les  $\beta$ -bloquants (30% des cas), puis diltiazem et verapamil, digitaliques (en cas de dysfonction ventriculaire gauche) et amiodarone (13% des cas), conformément aux recommandations des sociétés de cardiologie.

Pour rétablir ou maintenir après cardioversion le rythme sinusal, les antiarythmiques des classes IA, IC et III étaient utilisés dans 44 essais randomisés (11 322 patients)<sup>3</sup> avec des effets secondaires variables. Tous réduisaient significativement le taux de récurrence de FA (*Number Needed to Treat* NNT : 2 à 9), mais avec des effets indésirables imposant des arrêts de traitement (*Number Needed to Harm* NNH : 9 à 27) ; tous, sauf amiodarone et propafénone, ont un effet proarythmique (NNH 17 à 119). Les antiarythmiques de classe IA sont associés à une mortalité accrue par rapport aux patients contrôle (OR 2,39 ; 1,03-5,59 ;  $p=0,04$ ; NNH 109). L'amiodarone a un risque non négligeable d'effets secondaires non cardiaques (thyroïdiens ou respiratoires).

### Associations possibles

$\beta$ -bloquant, inhibiteur calcique ou amiodarone peuvent être associés si nécessaire à un antiarythmique de classe IC<sup>2</sup>. Cependant, tout médicament a priori « sûr » peut devenir proarythmique en cas de coronaropathie,

insuffisance cardiaque ou association avec un médicament allongeant QT. La survenue de syncope, angor ou dyspnée doit faire consulter en urgence.

### Maintenir le rythme sinusal ?

L'essai américain SAFE-T<sup>4</sup> a inclus 665 patients en FA persistante dans 3 groupes (amiodarone, sotalol, placebo). En intention de traiter, pour maintenir le rythme sinusal après sa régularisation, l'amiodarone était 6 fois plus efficace que le sotalol ( $p<0,001$ ) : les patients étaient à nouveau en FA en moyenne à 487j dans le groupe amiodarone, 74 j dans le groupe sotalol, 6 j dans le groupe placebo. A 1 an, l'effet des 2 médicaments était significatif et équivalent sur la qualité de vie et la capacité d'exercice chez les patients encore en rythme sinusal, sans différence significative d'effets indésirables<sup>4</sup>. A 1000 j, 40% des patients amiodarone et 20% des patients sotalol restaient en rythme sinusal<sup>4</sup>.

Chez le sujet âgé, souvent avec cardiopathie sous-jacente, l'amiodarone et les  $\beta$ -bloquants sont les antiarythmiques préférés<sup>5</sup>.

### Maintenir la fréquence « optimale » en FA

Les critères de contrôle de la fréquence ventriculaire sont mal connus. Les recommandations mentionnent des chiffres de 60 à 80/mn au repos, 90 à 115 à l'effort. Mais la fréquence cardiaque n'est pas corrélée au pronostic.  $\beta$ -bloquants, digitaliques et inhibiteurs calciques sont utilisables. Il faut adapter le traitement individuellement pour le confort du patient, en particulier chez les personnes âgées selon leur activité physique leur symptomatologie au repos et à l'effort<sup>5</sup>.

### Que retenir pour la pratique ?

**La fibrillation auriculaire n'est pas une maladie bénigne.** Sa prévalence, près de 1% en population générale (âge moyen 75 ans), augmente avec l'âge (8% après 80 ans)<sup>1</sup>. Sa morbidité, notamment les AVC, et sa mortalité exigent un traitement au long cours, d'autant que le maintien d'un rythme sinusal sous traitement n'excède pas 40% à 1 an, 30% à 4 ans<sup>4</sup>.

**L'amiodarone est le plus efficace de tous les antiarythmiques en prévention des récurrences.** Sa toxicité extracardiaque est surtout le fait de dosages élevés et de traitements prolongés.

**Les  $\beta$ -bloquants sont les médicaments les plus prescrits,** que ce soit pour maintenir le rythme sinusal obtenu par cardioversion ou pour obtenir un rythme cardiaque aussi proche que possible du rythme physiologique.

#### Références

- 1- ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation—executive summary. *Eur Heart J.* 2006; 27: 1979–2030.
- 2- Nieuwlaet R. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC Member Countries. *The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation.* *Eur Heart J.* 2005; 26: 2422–34.
- 3- Lafuente-Lafuente C. Antiarrhythmic Drugs for Maintaining Sinus Rhythm After Cardioversion of Atrial Fibrillation. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 719–28.
- 4- Singh BN et al. Amiodarone versus Sotalol for Atrial Fibrillation. *N Engl J Med.* 2005; 352: 1861–72.
- 5- Mahé I. Prise en charge de la fibrillation auriculaire chez le sujet âgé. *STV.* 2006; 18(8): 401–9.