

Fibrillation auriculaire de la personne âgée

Mots clés :

ACFA
AVC
AVK
Personne
âgée
Risque/
bénéfice

La prévalence de la fibrillation auriculaire (ACFA) augmente avec l'âge. De 0,4% en population générale, elle dépasse 10% chez les plus de 85 ansⁱⁿ⁵. Les facteurs associés sont nombreux, au cours desquels une ACFA marque souvent un tournant évolutif². Elle est une grande cause d'AVC, 5 à 7% par an, croissant avec l'âge³. Ses aspects cliniques chez les personnes âgées peuvent être trompeurs, notamment lors de sa découverte⁴. En dehors du contrôle de la fréquence cardiaque en général préférable à celui du rythme, l'anticoagulation reste l'élément essentiel : après 75 ans, le risque d'AVC est tel qu'elle est indiquée sauf contre-indication ou choix du patient. Une évaluation clinique préalable, un suivi rigoureux limitent le risque hémorragique. Des synthèses récentes font le point^{1,4,5}.

Facteurs associés et leurs conséquences

Après 65 ans, l'ACFA est associée à une HTA dans 60 à 70% des cas, une coronaropathie, une insuffisance cardiaque, une valvulopathie dans 20 à 30% des cas^{3,4} : après 75 ans une cardiopathie est associée chez plus d'un patient sur 2, notamment l'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée chez la femme⁴. Le retentissement de l'ACFA sur la qualité de vie des personnes âgées est notable mais plus lié aux comorbidités qu'à l'évolution clinique de l'ACFA⁴.

En cas d'HTA, tous les antihypertenseurs réduisent le risque d'ACFA avec des résultats équivalents dans les plus anciens essais. Quelques essais récents, une étude cas-contrôle dans une population de 700 000 patients, dont 62% de plus de 70 ans, traités pour HTA (registre généraliste britannique), a montré que le risque d'ACFA intercurrente est moindre avec les IEC, les β -bloquants et les bloqueurs de l'angiotensine II qu'avec les antagonistes calciques³.

Circonstances de découverte

Une décompensation cardiaque aiguë est le mode de découverte le plus fréquent en urgence. Une syncope peut survenir dans certaines formes d'ACFA. Chez les patients de plus de 65 ans de l'étude FRACTAL, le signe d'appel était une dyspnée (64% des cas), des palpitations (42%), une fatigue (52%), une douleur thoracique (23%)^{in 4}. Tout déficit neurologique permanent ou transitoire doit faire rechercher une cause thromboembolique dont l'ACFA.

Que retenir pour la pratique ?

- Les AVK sont l'une des thérapeutiques les plus impliquées dans les accidents iatrogéniques après 75 ans, mais **l'âge n'est pas à lui seul cause d'exclusion d'un traitement au bénéfice indiscutable** en cas de fibrillation auriculaire. Or, 30 à 50% seulement de ces patients à risque d'AVC en bénéficient.

- **La crainte des chutes en particulier** n'est pas une contre-indication à l'anticoagulation : il faut qu'un patient sous AVK chute 295 fois par an pour que le risque d'hématome intracérébral devienne supérieur au bénéfice préventif d'AVC thromboembolique¹. La question n'est donc pas de ne pas prescrire, mais bien **d'évaluer la cause de la chute** et d'y remédier si possible...

- De nouvelles pistes sont à l'étude : nouveaux anticoagulants, piste « génétique » (kits de génotypage rapide permettant d'adapter les algorithmes posologiques aux patients). En attendant, **il n'y a aucune raison de priver un patient âgé du bénéfice démontré des AVK**, avec quelques précautions spécifiques de mise en route du traitement et de suivi.

Quelle anticoagulation ?

En cas d'ACFA après 75 ans, les AVK permettent une réduction marquée du risque d'AVC (essais et études de cohorte). Ce bénéfice majeur (il suffit de traiter 11 patients pour éviter un AVC) surpasse le risque hémorragique. Dans une étude récente, il est supérieur à celui de l'aspirine, ou de l'association aspirine-clopidogrel (risque annuel d'AVC 1,8% vs 3,8%, risques d'hémorragie majeure voisins : 1,9 vs 2,0%). La réduction du risque thromboembolique permet d'accepter le faible risque hémorragique, sous certaines conditions¹ : *éducation thérapeutique* du patient (et/ou de son entourage) ; *recherche des facteurs cliniques majorant le risque* (polymédication, modification de traitement devant faire évoquer une interaction possible et rapprocher transitoirement les INR) ; *antécédent de saignement* digestif ou intracrânien récent ; *alcoolisme* ou maladie hépatique évoluée ; *cardiopathie évoluée* ; *insuffisance rénale* sévère.

Le bénéfice d'une alimentation équilibrée sans restriction pour les aliments contenant de la vitamine K1 est particulièrement important chez ces personnes âgées où les déséquilibres alimentaires sont fréquents.

Le choix de la warfarine est majoritaire dans les études, alors qu'il ne représente que 10% des prescriptions françaises (où le plus usuel est la fluindione). Il permet d'ajuster au mieux les doses, sans casser les comprimés, dosés à 1 mg : 4 mg les 3 1^{ers} jours, puis INR et adaptation dès la 4^{ème} prise⁴.

Références

- 1- Pautas E. Risque des antivitamines K et particularités de leur maniement chez le sujet âgé. *Rev Prat.* 2009; 2009;59:1377-81.
- 2- Collectif. Fibrillation auriculaire : quels patients anticoaguler ? *Bibliomed.* 2009;544.
- 3- Schaer BA et al. Risk for Incident Atrial Fibrillation in Patients Who Receive Antihypertensive Drugs. *Ann Intern Med.* 2010; 152:78-84.
- 4- Massoure PL et al. Fibrillation auriculaire du sujet âgé. *Rev Prat.* 2009;59:1365-9.
- 5- Lafuente-Lafuente C et al. Management of atrial fibrillation. *BMJ.* 2010;340:40-5.