

## Fibrillation auriculaire : réduire ou ralentir ?

## Mots clés :

ACFA  
Stratégie  
AVK

Il était démontré en 2003 que les résultats du rétablissement d'un rythme sinusal n'étaient pas supérieurs, en termes de morbi-mortalité, à ceux d'un simple contrôle de la fréquence cardiaque à une valeur proche des normes physiologiques. Dans les deux cas, il devait y avoir maintien au long cours d'une anticoagulation efficace par AVK stabilisant l'INR entre 2 et 3<sup>1</sup>, « règle » nuancée par une stratification individuelle du risque thromboembolique (*Bibliomed* 2009, 544 et 546). Plusieurs nouvelles études et synthèses<sup>2,3</sup> confirment globalement ces données, le rapport conjoint de sociétés cardiologiques américaines et européennes en 2006<sup>4</sup>, les complètent et précisent les choix décisionnels possibles<sup>5</sup>.

## Des données solides

Une méta-analyse de 6 essais randomisés<sup>2</sup> (5239 patients de 69 ans d'âge moyen dont les 4060 de l'essai *AFFIRM*) a comparé la restauration du rythme sinusal (Groupe 1 : G1) à un simple ralentissement de la fréquence cardiaque (G2). 67% des patients étaient hypertendus, 38% insuffisants cardiaques ; en G1, après une éventuelle cardioversion, ils recevaient des antiarythmiques (amiodarone surtout puis sotalol et propafénone) ; en G2 : digoxine,  $\beta$ -bloquants, ou antagonistes calciques non dihydropyridiniques (vérapamil et diltiazem).

**En G1, le maintien du rythme sinusal restait variable** : 38 à 63,5% des patients des petits essais ; 73,3% à 3 ans et 62,6% à 5 ans dans *AFFIRM*. Des monitorages ECG ont montré la persistance fréquente d'épisodes asymptomatiques de FA. La poursuite des AVK doit donc être décidée plus sur le score de risque que sur le maintien du rythme sinusal<sup>3</sup>.

**La mortalité toutes causes et l'incidence des AVC ont été identiques pour G1 et G2.** Les deux plus grands essais montraient une tendance à une mortalité plus élevée dans les groupes G1, peut-être liée à des effets secondaires des antiarythmiques.

**La qualité de vie et l'effet sur les symptômes étaient similaires pour G1 et G2.** Cependant, chez les personnes plus jeunes et physiquement actives, la stratégie contrôle du rythme peut être préférée. Dans les rares cas où la fréquence est difficile à contrôler on peut envisager un contrôle du rythme par voie endocavitaire<sup>3</sup>.

## Que conclure pour notre pratique ?

**Restaurer un rythme sinusal est réservé à de rares cas** : patient jeune sans cardiopathie associée, échec des traitements de ralentissement de la fréquence cardiaque. Il s'agit alors d'une stratégie de soins secondaires.

**La stratégie centrée sur le contrôle de la fréquence ventriculaire n'entraîne pas de perte de chance.** Elle est adoptée majoritairement maintenant partout en Europe comme le constatait une synthèse suisse récente<sup>5</sup> à partir d'une étude genevoise et des données du registre *Euro heart survey*.

**Les bêtabloquants sont devenus la classe thérapeutique la plus prescrite**, selon l'étude suisse<sup>5</sup>, à la fois pour leurs propriétés freinatrices sur la réponse ventriculaire (où ils ont supplanté les digitaliques, conformément aux recommandations<sup>4</sup>) et leur effet antiarythmique pur.

**Ce n'est pas la persistance de la FA qui justifie l'anticoagulation mais le risque thromboembolique** (le maintien du rythme sinusal reste très variable lorsqu'il a été restauré). Elle **n'est pas recommandée pour les patients à faible risque** (score de CHADS<sub>2</sub> à 0)<sup>2-5</sup> et *Bibliomed* 2009, 544 et 546.

## Recommandations des sociétés de cardiologie

Elles proposent, outre l'anticoagulation quasi systématique si le risque thromboembolique l'exige et sauf contraindications, 3 choix décisionnels en fonction de leur balance bénéfique/risque<sup>4</sup>. En dehors des options propres à une approche spécifique aux soins secondaires ou tertiaires (décisions de cardioversion pharmacologique ou autre, actions endocavitaires), l'objectif général est de maintenir la fréquence cardiaque dans des normes aussi physiologiques que possible durant l'exercice et au repos, selon les données suivantes :

**Recommandation 1 (bénéfice très supérieur au risque)** : La fréquence est contrôlée le plus souvent par  $\beta$ -bloquant ou antagoniste calcique non dihydropyridinique en cas d'arythmie persistante ou permanente (niveau de preuves NP: B). La digoxine est indiquée en cas d'insuffisance cardiaque, insuffisance ventriculaire gauche ou chez des patients sédentaires (NP : C).

**Recommandation 2 (bénéfice > risque, mais études complémentaires nécessaires)** : L'association digoxine- $\beta$ -bloquant ou digoxine-antagoniste calcique non dihydropyridinique peut être indiquée, en évitant la bradycardie (NP : B). Si les résultats sont insuffisants, l'amiodarone est l'option suivante (NP : C).

**Recommandation 3 (risque > bénéfice, choix non justifié, voire dangereux)** : ne pas utiliser les digitaliques seuls en cas de FA paroxystique (NP : B) ; les AVK au long cours ne sont pas recommandés avant 60 ans sauf cardiopathie ou facteurs de risque (NP : C)

## Références

- 1- Collectif. Réduire ou ralentir les fibrillations auriculaires ? *Bibliomed*. 2003:289.
- 2- de Denus S et al. Rate vs Rhythm Control in Patients With Atrial Fibrillation. A Meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005;165:258-62.
- 3- Betts TR. Is rate more important than rhythm in treating atrial fibrillation? *Yes*. *BMJ* 2009;339:b3173
- 4- Fuster V et al. CC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2006;27:1979-2030.
- 5- Meitz A, Zimmermann M. Fibrillation auriculaire et respect des recommandations internationales au quotidien : mythe ou réalité ? *Rev Méd Suisse*. 2009 ;5:520-5.