

Règles de bonne pratique clinique pour la fibrillation auriculaire en médecine générale

Rules of good clinical practice for atrial fibrillation in family practice

P. Schoenfeld et E. Stoupel

Service de Cardiologie, Hôpital Erasme

RESUME

Les observations épidémiologiques montrent que la fibrillation auriculaire est un défi majeur de santé publique. Cet article souligne le rôle central du médecin traitant pour détecter et traiter précocement l'arythmie et suivre attentivement le traitement (notamment, mais pas seulement, anticoagulant et antiarythmique). Le choix entre différentes stratégies thérapeutiques est passé en revue. Le médecin de famille est aussi le mieux placé pour éduquer le patient à gérer sa pathologie et son traitement de manière optimale. Des perspectives pharmacologiques dépassant les antiarythmiques sont évoquées, de même que l'apport de stratégies non pharmacologiques, déjà acceptées en pratique courante, ou en développement.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 315-9

ABSTRACT

The epidemiologic observations show that atrial fibrillation is a major challenge of public health. This article underlines the central role of the general practitioner to detect and treat the arrhythmia precociously, and to follow attentively the treatment (in particular, but not only, anticoagulant and antiarrhythmic therapies). The choice between various therapeutic strategies is reviewed. The family practitioner is also placed best to educate the patient to manage his pathology and his treatment in an optimal way. Pharmacological prospects exceeding the antiarrhythmic ones are evoked, as well as the contribution of nonpharmacological strategies, either already accepted in current practice, or under development.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 315-9

Key words : *atrial fibrillation, good clinical practice*

INTRODUCTION

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie soutenue la plus fréquemment rencontrée à partir de la cinquantaine, et sa prévalence augmente encore dans les décennies suivantes. Avec le vieillissement de la population observé actuellement, cette entité représente donc un problème de santé publique majeur. Plusieurs études épidémiologiques ont montré que la FA, par elle-même, est responsable d'une dégradation de la qualité de vie et d'une diminution de la longévité, contribue à l'installation et à l'aggravation de l'insuffisance cardiaque, et surtout majore considérablement le risque d'accident embolique cérébrovasculaire.

Or, on sait maintenant que beaucoup d'épisodes de FA peuvent être non ressentis pendant plusieurs jours voire plusieurs semaines par le patient.

Il apparaît donc d'emblée que chez les patients de ces catégories d'âge, le médecin traitant doit lors des visites de routine, procéder à une auscultation cardiaque attentive et prolongée, et réaliser un ECG en cas de doute. Cette vigilance visant à la détection précoce des épisodes arythmiques est en outre justifiée par le fait que plus vite un traitement est instauré, plus on a de chances d'arrêter l'épisode de FA. En effet, des études expérimentales humaines et animales ont montré que la persistance de l'arythmie conduit à un " remaniement électrique atrial " qui rend de moins en moins facile la restauration du rythme sinusal.

BILAN DE BASE DEVANT UN PREMIER ACCES DE FA

En présence d'un premier accès de FA, il faut rechercher d'éventuels facteurs déclenchants :

- extra-cardiaques : embolie pulmonaire, imprégnation éthylique aiguë, usage de drogues (amphétamines, morphiniques, etc.), hyperthyroïdie ;
- cardiaques : incident coronarien aigu, valvulopathie (notamment mitrale) en aggravation, cardiomyopathie hypertrophique, péricardite aiguë, évolutivité d'une cardiopathie dilatée.

Pour traiter efficacement une FA, il faut donc soigneusement rechercher et traiter les éventuelles pathologies sous-jacentes.

Le bilan global sera orienté par l'anamnèse et la clinique (suspicion d'embolie pulmonaire, de dysthyroïdie, etc.). Si aucune cause extra-cardiaque n'est présente, le bilan cardiologique comprendra, outre un examen clinique attentif, un ECG, un Holter de 24 h, un écho doppler transthoracique. Après le retour en rythme sinusal, une épreuve d'effort est utile en présence de facteurs de risque coronariens ou de symptomatologie suggestive de phénomènes angoreux.

STRATEGIE THERAPEUTIQUE DEVANT UN PREMIER ACCES DE FA

Après évaluation de la cause précipitante éventuelle, c'est le status clinique du patient qui va déterminer la thérapie initiale, les objectifs étant de ralentir la réponse ventriculaire et de rétablir le rythme sinusal.

Si la survenue brutale de la fibrillation se complique d'une décompensation cardiaque aiguë, la cardioversion électrique est le traitement de choix.

En l'absence de décompensation, le patient peut être traité par digitaliques, bêta-bloquants ou anticalciques (diltiazem, verapamil) pour ralentir le rythme ventriculaire dans un premier temps.

La cardioversion électrique doit être différée si l'arythmie a débuté il y a plus de 48 heures. Une anticoagulation orale doit alors être débutée et maintenue à un taux efficace (INR entre 2 et 3) pendant 4 semaines. Cependant, devant un rythme ventriculaire très rapide et mal toléré, une cardioversion électrique peut être réalisée si une échographie transœsophagienne démontre l'absence de toute suspicion de thrombus intracavitaire ; le choc électrique sera délivré sous héparine et un relais anticoagulant oral démarré immédiatement.

La cardioversion médicamenteuse est une alternative (flecaïnide, amiodarone, sotalol) à la cardioversion électrique ; elle implique les mêmes précautions d'anticoagulation que la cardioversion électrique, et doit être pratiquée en milieu cardiologique et sous monitoring.

CARACTERISATION DE LA FA EN FONCTION DE LA PREVALENCE DES EPISODES, TRAITEMENT A LONG TERME

Après un premier épisode sinusalisé, la FA peut se représenter. Il est important, pour le choix des attitudes thérapeutiques, de caractériser l'arythmie comme paroxystique, persistante ou permanente.

La FA est dite **paroxystique** si des épisodes, même répétitifs à bref délai, s'interrompent spontanément.

Elle est dite **persistante** dès qu'un épisode nécessite une intervention thérapeutique pour s'interrompre (cardioversion électrique ou médicamenteuse).

Enfin, la FA **permanente** se réfère à une arythmie considérée comme non sinusalisable, la démarche thérapeutique consistant à laisser l'oreillette en FA et à moduler le rythme ventriculaire pour assurer un bon confort de vie au patient. On utilise donc aussi le terme de FA " acceptée " vu qu'il s'agit d'un choix d'attitude thérapeutique.

Il est important de noter que la FA paroxystique récidivante est souvent plus sévèrement symptomatique et altère plus la qualité de vie du patient que la FA permanente dont le rythme ventriculaire moyen est bien contrôlé par des médications adéquates.

Deux stratégies sont dès lors possibles.

Une stratégie de maintien aussi longtemps que possible du rythme sinusal, avec l'aide d'antiarythmiques, et une stratégie qui se limite au contrôle du rythme ventriculaire à l'aide de drogues qui ralentissent la réponse ventriculaire, l'oreillette étant délibérément laissée en FA. Les facteurs qui conduisent à choisir une stratégie ou l'autre sont résumés plus loin ; il est important de souligner, une fois encore, le rôle primordial du médecin traitant dans ce choix d'attitude ; en effet sa connaissance et son écoute du patient sont de première nécessité pour éclairer la décision, qui doit en fait se prendre en consensus entre le patient, son généraliste et le cardiologue consultant.

Le choix de la stratégie tendant à maintenir aussi longtemps que possible en rythme sinusal peut être influencée par la durée de la FA, et l'importance de la dilatation de l'oreillette gauche, qui ont une influence sur la probabilité de succès de la cardioversion. Il sera aussi dicté par la tolérance de l'arythmie dans la vie courante : des accès répétés sévèrement symptomatiques, et le développement d'une défaillance cardiaque peuvent inciter à une persévérance pour rétablir et maintenir le rythme sinusal.

Dans cette optique, la tentative de maintenir le rythme sinusal fait appel en général à des médicaments de classe Ic (flecaïnide), à des bêta-bloquants ou à

des médicaments de classe III (amiodarone, sotalol). Aucune drogue n'est supérieure pour le succès à long terme si ce n'est sans doute l'amiodarone. La sélection du médicament est souvent faite sur base du profil d'effets secondaires potentiels extracardiaques pour l'amiodarone (thyroïde, poumons, etc.), cardiaques pour les médicaments de classe Ic (arythmogénicité ventriculaire et effet inotrope négatif), et effets secondaires notamment bronchospastiques des bêta-bloquants.

Des données récentes indiquent que d'autres classes médicamenteuses que les antiarythmiques peuvent avoir un effet favorable sur le maintien en rythme sinusal des patients faisant des accès de FA paroxystique. Initialement, dans des populations d'hypertendus, les ACE inhibiteurs et les sartans se sont montrés supérieurs à d'autres classes d'antihypertenseurs, à contrôle tensionnel équivalent, pour diminuer soit l'apparition de FA au cours du suivi, soit l'incidence et la durée des épisodes de FA chez des patients avec épisodes de FA récidivante ; ensuite, cette observation s'est retrouvée dans des groupes de patients présentant d'autres pathologies associées, voire même en cas de FA sans pathologie cardiaque sous-jacente. Des études prospectives sont en cours pour valider solidement ces hypothèses, mais il apparaît déjà que l'optimisation du substrat myocardique, tensionnel et métabolique est utile à la gestion optimale des patients souffrant de FA, et donc que ces problèmes en fait multidisciplinaires requièrent un suivi attentif par le médecin traitant.

La stratégie qui se limite à contrôler le rythme ventriculaire en " acceptant " la FA fait appel à trois types de médications : les digitaliques, les bêta-bloquants et les antagonistes calciques.

Le choix entre ces trois groupes pharmacologiques tient compte de l'âge du patient et de son profil d'activités, en se rappelant bien que les digitaliques, s'ils limitent bien la réponse ventriculaire au repos, sont beaucoup moins efficaces pendant l'effort. Ils seront donc plutôt indiqués pour le patient âgé aux activités limitées, alors que les bêta-bloquants ou les antagonistes calciques de type verapamil et diltiazem seront privilégiés chez les patients plus jeunes, le choix se faisant surtout par exclusion en fonction des effets secondaires respectifs de ces deux classes médicamenteuses.

Dans certains cas, encore rares à ce jour, l'ablation par radiofréquence peut constituer une alternative à ces deux stratégies, comme évoqué plus loin.

QUEL PATIENT ANTICOAGULER ?

Avant cardioversion électrique ou pharmacologique, il faut anticoaguler de façon stable à dose efficace (INR visé 2 à 3) pendant 4 semaines, et poursuivre l'anticoagulation pendant les 4 semaines

qui suivent (la reprise de l'activité mécanique de l'oreillette est en effet retardée par rapport à la réapparition de l'activité électrique sinusale, d'où le danger de largage d'un embole au moment où la contractilité atriale reprend). L'arrêt de l'anticoagulant après quatre semaines de rythme sinusal ne peut s'accepter que chez les patients qui sont clairement et immédiatement symptomatiques lors d'une récurrence d'arythmie, ou qui sont dûment éduqués à autocontrôler la régularité de leur rythme cardiaque.

Pour l'anticoagulation au long terme, il faut savoir que le risque embolique est présent non seulement dans la FA permanente, mais aussi dans les autres présentations cliniques (paroxystique récidivante et persistante). Or, plusieurs études observationnelles récentes, américaines et européennes, ont montré que près de la moitié des patients souffrant de FA et présentant des facteurs de risque indiscutables d'accident thromboembolique (cf. *infra*), et donc justiciables d'une anticoagulation orale, n'en bénéficient pas ; en outre, la moitié de ceux qui en bénéficient ont un contrôle non optimal de l'INR.

Le rôle du médecin généraliste est capital pour améliorer cette situation.

De nombreuses études randomisées menées sur de larges populations ont démontré que l'anticoagulation par dicoumariniques est clairement supérieure à l'aspirine et au placebo pour la prévention du risque d'accident cérébrovasculaire embolique, et que l'aspirine est supérieure au placebo.

Ceci a une implication importante : pour les patients qui devraient être mis sous dicoumariniques mais y présentent une contre-indication (insuffisance hépatique, éthylisme, troubles du comportement entraînant une non compliance inquiétante, etc.), donner de l'aspirine est mieux que ne rien faire.

Les facteurs de risque pour l'accident embolique cérébral dans la FA sont considérés comme faibles à modérés (plus de 65 ans, diabète, coronaropathie, sexe féminin, antécédent d'insuffisance cardiaque congestive, fraction d'éjection du VG < 35 %, hypertension) ou élevés (antécédent d'accident ischémique transitoire ou d'AVC, sténose mitrale, valve cardiaque prosthétique). Les recommandations actuelles pour la prévention du risque embolique sont reprises dans le Tableau.

Tableau : Les recommandations actuelles pour la prévention du risque embolique.

Aucun facteur de risque	Aspirine
Un facteur de risque modéré	Aspirine ou dicoumarinique
Plus d'un facteur de risque modéré ou un seul facteur de risque élevé	Dicoumarinique

COMMENT SUIVRE L'ANTICOAGULATION ?

Le rôle du médecin généraliste est capital dans le suivi de l'anticoagulation au long cours, non seulement pour la surveillance à intervalles adéquats, mais aussi pour l'éducation et l'information du patient.

Le but de l'anticoagulation est le maintien d'un INR entre 2 et 3, sauf pour les patients porteurs de valves mécaniques, le niveau d'INR souhaitable étant là de 2,5 à 3,5. Des doses de charge initiales importantes ne sont plus recommandées. Après quelques jours à dose quotidienne de l'ordre de 2 à 3 mg d'acénocoumarine, un premier contrôle d'INR permettra un premier ajustement vers le haut ou vers le bas, et un contrôle ultérieur à échéance de 1 à 2 semaines permettra généralement de conseiller une dose " de croisière " qui implique un contrôle mensuel. Le médecin traitant doit aussi veiller à l'éducation du patient (interactions médicamenteuses, alimentaires, nécessité de l'observance au traitement, prise de l'anticoagulant à heure fixe en fin de journée pour l'interprétation correcte de l'INR contrôlé le matin, etc.).

QUAND FAUT-IL RENONCER A RE-CARDIOVERSER ?

On considère actuellement que si la FA récidive endéans les 6 mois après une deuxième cardioversion électrique, il faut alors envisager des stratégies thérapeutiques alternatives qui seront évoquées plus loin. Si le rythme sinusal reste établi pendant plus d'un an, une troisième tentative de cardioversion n'est pas à rejeter.

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES INTERVENTIONNELLES

La stimulation cardiaque permanente

Cette stimulation a-t-elle un rôle dans la prévention des accès de FA ? Aucune démonstration n'existe actuellement de manière univoque. Des études sont en cours pour démontrer d'éventuels bénéfices de certains algorithmes de stimulation dans la prévention ou le traitement d'accès de FA. Il faudra aussi démontrer la sécurité à long terme de ces algorithmes de stimulation. Sur la base des données connues aujourd'hui, on ne peut recommander d'implanter un quelconque stimulateur cardiaque ou de proposer un quelconque algorithme pour prévenir ou traiter la FA à l'exception de la stimulation atriale chez les patients atteints de dysfonction sinusale symptomatique (syndrome " *brady-tachy* ")

La modification du nœud auriculo-ventriculaire ou l'ablation du nœud AV pour le contrôle de la réponse ventriculaire

Un contrôle inadéquat de la réponse ventriculaire à la FA est défini, de manière variable, comme un rythme de repos > 100 bpm et un rythme à l'effort

> 150 bpm. A des rythmes ventriculaires aussi élevés, des symptômes significatifs et une dysfonction ventriculaire peuvent survenir. Le contrôle pharmacologique de cette réponse ventriculaire est parfois difficile à obtenir et dans cette situation assez rare, l'ablation ou la modulation percutanée du nœud auriculo-ventriculaire à l'aide d'un cathéter de radio fréquence peut être proposée. Dans ce cas, l'implantation d'un stimulateur cardiaque VVI est généralement indispensable après la procédure (" *ablate and pace* ").

L'ablation curative percutanée

Il s'agit d'une technique récente, encore en phase de développement, dans le traitement de certaines formes de FA et notamment les formes paroxystiques ne répondant pas aux traitements médicamenteux. Des avancées récentes en matière de technologie médicale, d'imagerie et de *mapping* tri-dimensionnel des arythmies ont permis des avancées majeures en la matière. Des incertitudes persistent encore sur la meilleure technique à utiliser et la sélection des patients. Il paraît toutefois certain que cette technologie a un avenir brillant et pourrait s'adresser dans le futur à des populations plus larges et notamment aux insuffisants cardiaques et aux patients atteints de FA persistante ou permanente.

Des techniques analogues, isolées, pourraient être également proposées par abord chirurgical notamment grâce à l'aide de la technologie mini invasive robotique.

La chirurgie cardiaque traditionnelle

Elle permet d'ores et déjà de traiter (intervention de Maze) les FA chez les patients qui doivent être opérés par ailleurs de pontages ou de remplacements valvulaires notamment mitraux.

CONCLUSION

La prévalence croissante de la FA dans les catégories d'âge des patients de consultation courante pose un vrai défi de santé publique. Pour relever ce défi, le rôle du généraliste est primordial dans la détection aussi précoce que possible de l'arythmie, notamment parce que de plus en plus d'arguments expérimentaux et observationnels suggèrent que " plus vite on traite, mieux cela vaut ".

Ensuite, le médecin traitant a un rôle central dans la surveillance de l'évolution du patient après mise en route d'une stratégie thérapeutique définie de commun accord avec le cardiologue consultant qui aura réalisé le nécessaire bilan cardiaque initial évoqué plus haut.

Les recherches cliniques récentes et en cours de finalisation soulignent que la FA ne doit pas être traitée comme une simple anomalie rythmologique, mais que la prise en charge du patient doit être globale.

Les progrès à venir nous confirmeront certainement que l'optimisation des paramètres tensionnels, hémodynamiques, métaboliques sont garants de la meilleure gestion de la FA, en évitant les dégâts du substrat électrique et mécanique atrial, dégâts qui font perdurer les épisodes arythmiques et rendent *in fine* impossible le rétablissement ou le maintien durable d'une activité sinusale normale. Cette arythmie requiert donc une surveillance globale de la santé du patient par son médecin traitant.

BIBLIOGRAPHIE

Cet article s'appuie sur les recommandations d'un panel d'experts, publiées récemment en consensus par la Société Européenne de Cardiologie, l'*American College of Cardiology* et l'*American Heart Association* : ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation. *Circulation* 2006 ; 114 : 700-52

Ce travail de consensus comporte plus de 100 références bibliographiques. Les lecteurs qui le souhaitent peuvent les obtenir *in extenso* sur demande par courriel à l'adresse du secrétariat de la *Revue Médicale de Bruxelles* (amubrmb@ulb.ac.be).

Correspondance et tirés à part :

P. SCHOENFELD
Hôpital Erasme
Service de Cardiologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Travail reçu le 21 mai 2007 ; accepté dans sa version définitive le 15 juin 2007.