

Benedict Martina, Stefan Osswald

# Fibrillation auriculaire

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

## Importance et diagnostic [1]

- Diagnostic récent (durée >30 sec., en général pas clair si installée depuis longtemps ou si précédent/s épisode/s, avec ou sans symptômes).
- Paroxystique: <7 jours, en général <24 h, avec cardioversion spontanée.
- Persistante: >7 jours ou si cardioversion médicamenteuse ou électrique.
- Permanente: échec des cardioversions, en général >1 an sans tentative de cardioversion.
- «Lone AF» (FA primitive): <60 ans et cœur sain cliniquement et échocardiographiquement.
- FA secondaire (d'après la fréquence): hypertension, âge et insuffisance cardiaque (évt avec CI résultante/d'accompagnement), postopératoire, embolie pulmonaire, pneumonie, valvulopathies mitrales, myocardite, toxique (aiguë après alcool, cocaïne), hyperthyroïdie: traitement de la maladie de base.
- Prévalence 0,4% en général, 6% chez les >80 ans; 50% dans l'insuffisance cardiaque NYHA IV.
- Age moyen dans la FA 75 ans; pronostic fonction de la maladie de base (éventuelle).
- Risque accru de thromboembolies, dont 75% d'accidents vasculaires cérébraux [2].
- Diminution du débit cardiaque au repos allant jusqu'à 20% (surtout vieillards et si dysfonction diastolique).
- Cardiomyopathie secondaire à la tachycardie si installée depuis longtemps, en général réversible.
- Présence de [2]: CI et/ou insuffisance cardiaque (50%), hypertension (40%), cardiopathie valvulaire (20%), «lone AF» (env. 20%; si FA paroxystique jusqu'à 45%), hyperthyroïdie (3%), SSS, WPW.
- Diagnostic de base: anamnèse (facteurs de risque), status, ECG, TSH, écho [1].

## Traitement

- Le contrôle de la fréquence avec traitement antithrombotique est au moins aussi bon qu'une cardioversion (médicamenteuse ou électrique) pour le pronostic et la qualité de vie [3, 4].
- Ces études ont porté sur des patients de 70 ans environ. Contrôle de la fréquence à préférer si >75 ans, CI, hypertension mais pas d'insuffisance cardiaque.
- Le traitement de choix comprend bêtabloquants et/ou vérapamil/diltiazem. Pas de digoxine. Cordarone ou ablation du nœud AV sont des alternatives si réfractaire au traitement. Si fibrillation

auriculaire symptomatique et réfractaire au traitement, envisager une ablation par sonde, encore plus volontiers si flutter auriculaire.

**Tableau 1**

Contrôle de la fréquence (fréquence cible <80/min au repos).

Pas de cardiopathie structurelle:	CI, LVEF >40%:	LVEF <40% ou IC clinique:
1. Bêtabloquants	1. Bêtabloquants	1. Bêtabloquants, évt digoxine
2. Diltiazem/vérapamil	2. Diltiazem/vérapamil	2. Amiodarone

## Cardioversion (contrôle du rythme)

- Spontanée: 50–70% dans les 72 h, dont  $\frac{2}{3}$  dans les 24 h, surtout patients sans cardiopathie.
- Médicamenteuse: chances de réussite dans les 24 h 40–80% (FA d'apparition récente <24 h à 6 mois).
  - Pas de cardiopathie: 1) flécaïnide<sup>1</sup>, propafénone<sup>1</sup>, sotalol; 2) amiodarone
  - Insuffisance cardiaque: 1) amiodarone (digoxine)
  - Cardiopathie structurelle, CI, HVG: 1) amiodarone
  - CI sans HVG: 1) flécaïnide<sup>1</sup>, propafénone<sup>1</sup>; 2) amiodarone
- La digoxine n'est meilleure que le placebo que dans l'insuffisance cardiaque; mortalité accrue sous traitement à long terme par quinidine. Risque proarythmogène du sotalol dans la cardiopathie structurelle (prudence: antihistaminiques, antibiotiques macrolides).
- Electrocardioversion (ECV): chances de réussite si ECV précoce 90–94%, plus tard (prétraitement) 70%; importante proportion de récives (jusqu'à plus de 50% à 1 an). Si hémodynamique instable ECV précoce, si >48 h ou non précisée liquémine et anticoagulation orale (ACO).
- Si FA de >48 h, ACO obligatoire, tentative de cardioversion après 4 semaines, poursuite de l'ACO pendant au moins 4 semaines, en général plus longtemps ou à vie pour la prophylaxie thromboembolique.
- Entretien du RS: métoprolol, bisoprolol (la plus grande expérience, surtout dans l'insuffisance cardiaque), évt amiodarone: attention à ses effets indésirables [1].

<sup>1</sup> Uniquement en association à un bêtabloquant (à cause du risque de passage de la FA en flutter auriculaire 1:1).

### Anticoagulation

Un tiers des ictus dans les 6 mois chez des patients ayant une FA nouvelle.

Risque d'embolie après cardioversion (sans ACO) 0,8% dans les 48 heures.

### Risque annuel d'ictus dans la fibrillation auriculaire chronique

**Tableau 2**

Risque annuel d'ictus dans la fibrillation auriculaire chronique [2, 6].

Pathologie	Facteurs de risque*	Risque d'ictus
Cardiopathie rhumatismale (valvulaire):		env. 18% / an (sténose mitrale)
Cardiopathie non rhumatismale:	Pat. <60 sans FR	Aucun risque
	Pat. <75 ans sans FR	1% / an
	Pat. avec 1 FR	2,8% / an
	Pat. avec 2 FR	4% / an
	Pat. avec 3 FR	6% / an
	Pat. avec 4 FR	9% / an
	Pat. avec 5 FR	12% / an
	Pat. avec 6 FR	18% / an

\* Facteurs de risque (= critères CHADS2):

St. postictus/TIA 2 points  
Hypertension, diabète, insuffisance cardiaque, âge >75 ans. 1 point chacun

### Anticoagulation dans la fibrillation auriculaire non rhumatismale selon les critères CHADS2 [6]

Si  $\geq 2$  points: anticoagulation

Major bleeding per year: 2–4%

Intracranial bleeding per year: 0,3–0,8%

### Prévention après accident thromboembolique (ictus/TIA)

- L'anticoagulation est meilleure (diminution du risque relatif 66% par an, absolu 8% par an).
- AAS 300 mg sans diminution significative des ictus/thromboembolies.

Tiré de: Benedict Martina, Edouard Battagay, Peter Tschudi (éd.).

#### Ambulante Medizin.

#### Evidenz auf einen Blick

Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006.

119 pages. Fr. 20.– / EUR 14.–

ISBN 978-3-7965-2262-8

(en allemand seulement).

Infos et commande sous [www.emh.ch](http://www.emh.ch)

### Recommandations de traitement antithrombotique dans la fibrillation et le flutter auriculaires chroniques

**Tableau 3**

Traitement antithrombotique dans la fibrillation et le flutter auriculaires chroniques [6].

Patient, situation	Traitement
Pat. <60 ans sans cardiopathie (lone VHF)	Aspirine
Pat. <60 ans avec cardiopathie mais sans insuffisance cardiaque ni hypertension; LVEF >40%	Aspirine
Pat. 60–75 ans sans insuffisance cardiaque ni hypertension; LVEF >40%, sans ictus	Aspirine
Pat. avec $\geq 2$ critères CHADS2	ACO
Pat. >75 ans avec >1 critère CHADS2	ACO
Cardiopathie rhumatismale	ACO
Prothèses valvulaires	ACO
St. après thromboembolies	ACO
Thrombi auriculaires à la TEE	ACO
En général, surtout si âge >80 ans	Si ACO: bon EG + compliance (risque d'hémorragie); Aspirine, surtout si polymorbidité et risque de chutes

### Références

- 1 ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2006;27:1979–2030.
- 2 Levy S, et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study. *The College of French Cardiologists. Circulation.* 1999;99:3028–35.
- 3 Wyse G, et al. Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) trial. *N Engl J Med.* 2002;347:1825–33.
- 4 Van Gelder IC, et al. Rate Control vs Electrical Cardioversion for persistent atrial fibrillation (RACE) study. *N Engl J Med.* 2002;347:1834–40.
- 5 Weigner MJ, et al. Risk for clinical thromboembolism associated with conversion to sinus rhythm in patients with atrial fibrillation lasting less than 48 hours. *Ann Intern Med.* 1997;126:615–20.
- 6 Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boehler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA.* 2001;285:2864–70.

Prof. Benedict Martina  
Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel  
Petersgraben 4  
4031 Basel  
[bmartina@uhbs.ch](mailto:bmartina@uhbs.ch)