

Stefan Neuner-Jehle

Fibrillation auriculaire – Scores d'évaluation des bénéfices/risques de l'anticoagulation

Un article de la série «La boîte à outils du médecin de famille»



La fibrillation auriculaire (FA) chronique ou intermittente est un diagnostic fréquent chez les patients âgés du médecin de famille (env. 10% chez les plus de 75 ans). Le risque d'être victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) sur FA est d'env. 6% et 1 attaque sur 6 env. se produit chez des patients en FA. L'anticoagulation (AC) orale par coumarines peut significativement abaisser ce risque alors que la conversion en rythme sinusal ne présente aucun avantage. Nous présentons les 2 scores les plus connus, très utiles pour poser l'indication à l'AC ou à en peser les risques contre les bénéfices:

Estimation du bénéfice d'une anticoagulation dans la FA

Score CHA2DS2-VASc (tab. 1)

En 2010 l'ancien score CHADS2 (2006) a été remplacé par le score CHA2DS2-VASc. Cette abréviation compliquée nous rappelle les circonstances dans lesquelles un patient court un risque accru d'AVC sur une FA. Le chiffre 2 derrière une lettre indique quand la circonstance en question double d'importance. L'âge apparaît 2 fois, 65–74 ans donnant 1 point et plus de 75 ans 2 points. En suivant ce score l'AC est indiquée chez *tous les patients – même «sains»* – de plus de 75 ans, et même plus tôt chez ceux souffrant d'autres maladies vasculaires et les femmes. Avec ce score actuel les patients sont classés nettement plus tôt qu'avec le précédent dans une catégorie de risque plus élevé, avec AC recommandée. Dans une cohorte de plus de 70000 personnes cette manière de faire «plus aiguë» s'est avérée présenter un avantage en matière de morbidité et de mortalité [1].

Tableau 1

Score CHA2DS2-VASc [1]. Analyse: 0 point = inhibiteur de l'agrégation plaquettaire suffisant; 1 point = décision individuelle entre inhibiteur de l'agrégation plaquettaire et AC; 2 points ou plus = anticoagulation recommandée (INR 2–3).

Lettre	Caractéristique clinique	Points
C	Congestive heart failure: cardiopathie structurelle à l'origine de l'insuffisance cardiaque	1
H	Hypertension (même traitée)	1
A	Age >75 ans	2
D	Diabète	1
S	Stroke: accident vasculaire cérébral ou AIT	2
V	Vasculopathie (infarctus du myocarde, AOMI, plaques aortiques)	1
A	Age 65–74 ans	1
S	Sex Category: sexe féminin	1
Total		Max. 9

Estimation du risque d'une anticoagulation dans la FA

Score HAS-BLED (tab. 2)

Ce score issu d'une cohorte d'à peine 4000 patients nous incite à la prudence avant de décider pour quels patients nous devons être réticents à poser l'indication à l'anticoagulation. Il y a risque d'hémorragie aussi *pendant* l'anticoagulation, en fonction de l'agressivité du traitement: le risque annuel d'hémorragies majeures (major bleedings) chez les anticoagulés de plus de 75 ans est de 2,7% si leur INR est <3 (à peu près le même risque moyen d'hémorragie sous anticoagulation, tous âges confondus). Si l'INR est supérieur à 3 ce même risque grimpe à 9%! [3]. Les contre-indications connues, relatives ou absolues de l'anticoagulation, dont ulcères gastroduodénaux ou risque de chute, ne sont pas comprises dans ce score et doivent être prises en considération à part.

Tableau 2

Score HAS-BLED [2]. Analyse: 3 points ou plus signifient un haut risque d'hémorragie.

Lettre	Caractéristique clinique	Points
H	Hypertension >160 mmHg systolique	1
A	Anomalie de la fonction rénale (créatinine >200 µmol/l) Anomalie de la fonction hépatique (transaminases 2–3 fois leurs normes, cirrhose)	1
S	Stroke: accident vasculaire cérébral	1
B	Bleeding: hémorragie	1
L	Labilité de l'INR	1
E	Elderly: patients âgés (>65 ans)	1
D	Drugs: médicaments (AINS, inhibiteurs de l'adhésivité plaquettaire) Alcool ou drogues	1
Total		Max. 9

Conclusion

Le hasard que ces scores donnent tous deux un nombre maximum de 9 points ne doit pas nous inciter à comparer le total d'un score à celui de l'autre. Nos décisions médicales sont et restent individuelles, en fonction du patient, ce qui fait que ces scores ne nous donnent qu'une incitation – et même une aide décisionnelle – et ne doivent pas être pris pour des recettes culinaires. Une anticoagulation avec une valeur INR cible de 2 (Quick de 30%) peut parfaitement être un compromis acceptable pour en prévenir les risques thérapeutiques. C'est en fin de compte le patient qui décide ce à quoi il accorde le plus d'importance (AVC contre hémorragie potentiellement fatale). Des présentations visuelles peuvent être très utiles comme informations des patients sur les risques qu'ils encourent (fig. 1).

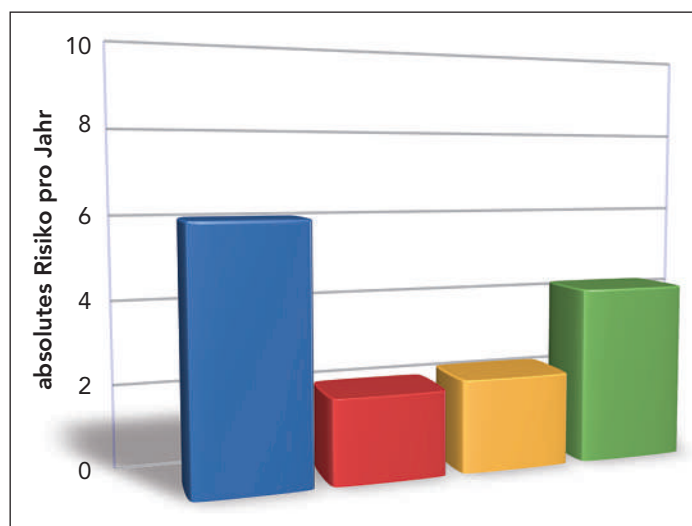


Figure 1

Visualisation des bénéfices et risques.

- Risque d'accident vasculaire cérébral avec FA sans traitement;
- Risque d'accident vasculaire cérébral avec FA et anticoagulation;
- Risque d'hémorragie sous anticoagulation (tous âges et traitement prudent avec INR < 3);
- Risque d'hémorragie chez les >75 ans.

Références

- 1 Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2011;342:d124. doi: 10.1136/bmj.d124.
- 2 Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010;138(5):1093–100. doi: 10.1378/chest.10-0134.
- 3 Derry S, Loke YK. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin: meta-analysis. *BMJ*. 2000;321(7270):1183-7.

Liens pour les scores: www.mdcalc.com; puis recherche CHA2DS2-VASc ou HAS-BLED

Correspondance:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
 Institut für Hausarztmedizin Zürich
 Pestalozzistrasse 24
 8091 Zürich
[sneuner\[at\]bluewin.ch](mailto:sneuner[at]bluewin.ch)