

Faire connaissance avec la fibrillation atriale non valvulaire en 2016



Pr M. Tayeb CHENTIR
Service de Cardiologie A1,
CHU Mustapha, Alger

Résumé

La régression des valvulopathies rhumatismales projette au-devant de la scène la Fibrillation Atriale non valvulaire comme cause majeure d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). La méconnaissance de ses risques potentiels peut conduire à une forme d'inertie médicale. Les questions que se posent les praticiens quant à sa prise en charge en pratique généraliste sont passées en revue.

>>> Mots-clés :

FA non valvulaire ; score de risque ; comorbidités ; ralentir ; réduire.

Pourquoi l'étudier ?

Autrefois appelée Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire (ACFA), c'est l'arythmie la plus fréquente et la plus anciennement connue. En Algérie, elle signait à coup sûr l'existence d'une valvulopathie évoluée mais la régression de la prévalence des valvulopathies rhumatismales met en avant la FA non valvulaire où les facteurs de risque vasculaire occupent une place prépondérante.

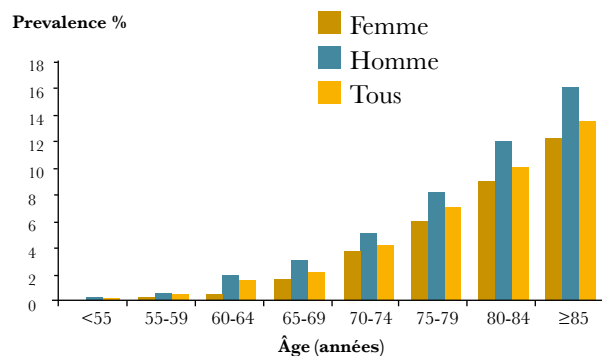
Quelle prévalence en Algérie ?

La FA non valvulaire, aussi fréquente chez l'homme que chez la femme, ne commence à exister significativement qu'à partir de 60 ans chez presque 2% de la population pour atteindre 10% à 80 ans. Cette augmentation de fréquence se fait en parallèle avec celle du diabète, de l'HTA et des autres facteurs de risque vasculaires. En Algérie, des études multicentriques du Groupe de Rythmologie montrent que plus de 60% des malades ont plus de 60 ans. Par analogie avec les séries internationales, on peut, sachant qu'au moins 10%

Abstract

Non valvular Atrial Fibrillation (NVAF) has emerged as a major cause of stroke and death with the dramatic regression of the rheumatic valvular heart disease. A misunderstanding of its potential harmfulness may lead to a kind of medical inertia. We review the most frequent questions asked by physicians regarding the management of NVAF in general practice.

environ de la population est âgée de plus de 60 ans, et qu'il y a très peu d'octogénaires, estimer à plusieurs dizaines de milliers le nombre de sujets atteints de cette affection.



Naccarelli GV et al. Am J Cardiol. 2009;104:1534-9

Figure 1. : Prévalence de la FA non valvulaire dans le monde selon l'âge.

Quelle terminologie ?

Selon l'évolution, par convention, on décrit différentes formes :

- La FA paroxystique spontanément résolutive ou réduite par le traitement en moins d'une semaine, généralement en moins de 48 ou 72h,
- La FA persistante puis persistante prolongée au-delà d'une semaine,
- La FA permanente à un an d'ancienneté. Elle est dite acceptée lorsqu'on renonce d'emblée ou après tentative thérapeutique à rétablir le rythme sinusal.

Quels symptômes ?

Palpitations et dyspnée sont souvent associées. Ailleurs, les symptômes sont plus discrets et peuvent se résumer à une asthénie inexplicée ou d'une manière plus générale à une diminution de la qualité de vie. Une fois sur dix, il s'agit d'une découverte fortuite lors d'un examen clinique systématique.

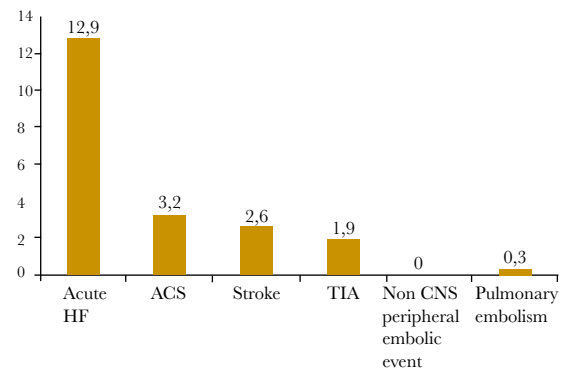
Quelles comorbidités ?

L'HTA (50%), le diabète (13%) et la dysthyroïdie (7%) accompagnent la FA non valvulaire à des niveaux supérieurs à la prévalence admise de la maladie en Algérie. Cardiomyopathies, ischémie myocardique et dysthyroïdies sont également retrouvées. Dans environ 7% des cas, elle est dite isolée, sans aucune anomalie associée.

Quelles complications ?

Tout comme l'insuffisance cardiaque peut se compliquer de FA, la FA peut compliquer une cardiopathie préexistante et précipiter la survenue d'une insuffisance cardiaque. Elle peut également être seule incriminée dans la survenue progressive d'une insuffisance cardiaque, cette « cardiomyopathie rythmique » guérissant totalement un certain temps après le rétablissement du rythme sinusal.

Les complications les plus redoutées chez les sujets non ou mal traités sont les accidents thromboemboliques (ATE), l'hypokinésie de l'oreillette gauche favorisant la formation de caillots. L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ischémique, pas toujours précédé d'un épisode transitoire (AIT), sanction souvent fatale d'un risque thrombogène sous-estimé, est encore trop souvent la circonstance de découverte de cette affection.



HF : insuffisance cardiaque ; ACS : syndrome coronaire aigu ; Stroke : AVC ; TIA : AIT ; CNS : système nerveux central

Figure 2. : Évènements à 1an dans la FA non valvulaire. Données algériennes de Realise-AF ; 2011

Faut-il anticoaguler tous les patients ?

La décision dépend de l'évaluation du risque d'ATE. Le risque d'ATE est considéré comme :

- Identique chez un sujet donné que la FA soit paroxystique, persistante ou permanente.
- Faible mais non nul en l'absence de toute cardiopathie sous-jacente chez l'adulte jeune sans comorbidité. Cependant, dans les formes paroxystiques du jeune sur cœur apparemment sain, une crise polyurique post-critique, par l'hémoconcentration qu'elle provoque, peut majorer le risque d'ATE.

• Ailleurs, il est évalué selon un score qui attribue des points à chaque situation clinique reconnue comme un facteur de thrombogénicité. Le score connu sous l'acronyme de « CHADS2-Vasc » mis à jour puis complété en 2010 prend en considération les paramètres suivants :

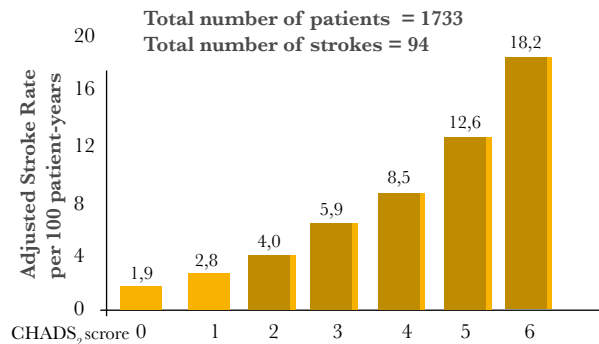
- Cardiopathie non valvulaire décompensée ou une dysfonction VG → 1
- HTA → 1
- Âge entre 65 et 74 ans 1
- Diabète → 1
- Stroke : antécédent d'AVC ou d'AIT → 2
- Vasculopathie : coronaire, cérébrale ou des membres inférieurs → 1
- Âge ≥ 75 ans → 2
- Sexe (catégorie) : féminin → 1

Le risque d'ATE est considéré comme important à 2 points, compte non tenu du sexe féminin, et comme majeur à partir de 3 points.

Il ne doit cependant pas être négligé pour un score égal à 1 et évalué selon le contexte clinique du patient.

Les anticoagulants sont prescrits pour un score ≥ 2 chez l'homme et un score ≥ 3 si l'on intègre le point relatif au sexe féminin.

Il n'y a plus d'indication pour l'aspirine dans le traitement de la FA.



Go A, et al. *JAMA* 2003 ; 290 : 2685.

Gage BF, et al. *Circulation* 2004 ; 110 : 2287.

Figure 3. : Risque d'AVC et score CHADS₂

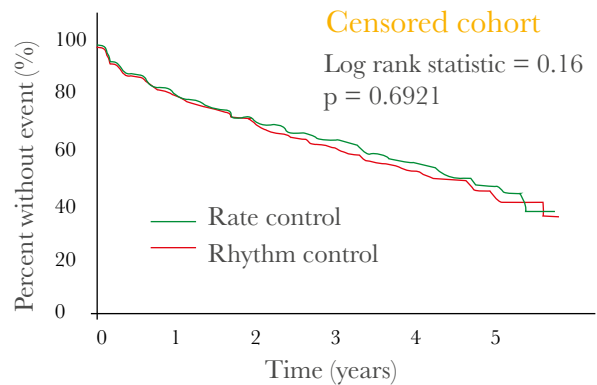
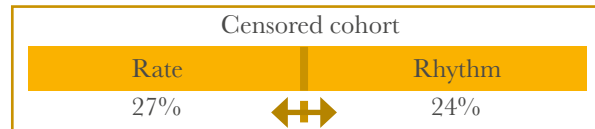
Faut-il rétablir le rythme sinusal chez tous les patients ?

En d'autres termes, faut-il ralentir ou réduire la FA ? La réponse a été donnée en 2002 par la grande étude AFFIRM qui n'a pas montré de différence dans l'évolution des patients, au demeurant d'âge moyen 70 ans et aux nombreuses comorbidités, que l'on adopte l'une ou l'autre stratégie thérapeutique.

- Ralentir la fibrillation atriale est une attitude thérapeutique généralement adoptée devant une forme récidivante faisant renoncer à rétablir le RS, dans l'insuffisance cardiaque congestive où la cardioversion n'améliore pas le pronostic des patients, dans les cas où la réduction de la FA ne dispense pas du traitement anticoagulant au long cours, chez le sujet grabataire ou peu actif et dans les échecs des tentatives de cardioversion.

On peut également adopter cette conduite thérapeutique en première intention

- Réduire la fibrillation atriale se conçoit en l'absence de toute cardiopathie sous-jacente ou devant une cardiopathie peu évoluée, chez le sujet actif, lorsqu'il n'y a pas d'indication à poursuivre les anticoagulants et surtout si l'arythmie est récente.



Censored cohort : CV hospitalisation excluded hospitalisation due to cardioversions or change of AADs

Wyse DG et al. *Heart Rhythm* 2004 ; 1 : 531-7

Figure 4. : Comparaison entre le contrôle de rythme et le contrôle de fréquence dans la FA non valvulaire

Y a-t-il un traitement radical de la FA non valvulaire ?

Les techniques d'ablation par radiofréquence ou par cryo-ablation des foyers arythmogènes intra-atriaux gauches ne sont pas indemnes de risque, la complication la plus redoutable étant la fistule atrio-œsophagienne. Les meilleures indications sont constituées par les FA paroxystiques, mal tolérées sans cardiopathie sous-jacente notable. Cette technique ne peut donc de fait, se substituer au traitement médical.

Peut-on prévenir la FA non valvulaire ?

La prévalence importante des FDR vasculaires dans cette pathologie montre qu'il faut agir sur ces derniers. Le traitement de l'HTA, du diabète ainsi que le maintien d'un poids acceptable apparaissent comme des mesures efficaces, à défaut de ne pouvoir agir sur l'âge ...

Bibliographie

- 1- The AFFIRM Investigators. *NEJM* : vol 347 n°23
- 2- Données Algériennes de l'étude REALISE-AF : MT Chentir & al ; 4ème Journée de Rythmologie ; 5 Mars 2011 ; Hôtel Hilton, Alger
- 3- Can we expect superiority of rhythm control over rate control in younger patients with non valvular AF ? Boudrifā A, Aoudia Y, Ali-Tatar N, Bouhouita Y, Chentir MT - *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(18_S2):C66-C67
- 4- European Society of Cardiology Guidelines 2010 & 2016.

Contrôlez vos connaissances !

1- Une FA non valvulaire (réponse juste)

- a- Est toujours isolée sans maladie associée
- b- Est rare après 60ans
- c- Présente un faible potentiel thromboembolique
- d- Doit être réduite en urgence
- e- Ne vérifie aucune de ces propositions

2- La fibrillation atriale paroxystique (réponse fausse)

- a- Peut durer jusqu'à une semaine
- b- Peut être à l'origine d'AVC
- c- Est bien tolérée en règle
- d- Peut nécessiter une anti-coagulation per os
- e- Est quelquefois difficile à documenter

3- Il est logique de rétablir le rythme sinusal devant une FA non valvulaire (réponse fausse)

- a- Chez le sujet jeune ou actif
- b- Devant une FA récente
- c- Devant une insuffisance cardiaque
- d- En l'absence de toute cardiopathie sous-jacente
- e- En l'absence d'une autre raison à prescrire des anticoagulants

Réponses au quizz sur
www.el-hakim.net