

ACFA

Le Guide ALD HAS Juillet 07
La synthèse de Prescrire (IDF juin 07)

UN PEU DE METHODOLOGIE

- Un guide ALD
- Qui s'appuie sur les reco récentes (2006) :
 - ACC /AHA /ESC
 - Nice
- Un groupe de travail multidisciplinaire
 - 3 MG
 - 4 cardio
 - 3 médecins conseils
 - + hématologue, gériatre,

Un peu d'épidémiologie

- Prévalence générale : 1%
- Le trouble du rythme (grave) le plus fréquent > 80 ans : 8%
- Augmente avec :
 - L'âge
 - La sévérité de l'insuffisance cardiaque
- ACFA idiopathique : 12 à 30%

définition

- ECG
 - FA et, par extension :
 - Flutter
 - Tachycardie atriale

Les différents types de FA++

- Paroxystique **récidivante**
 - Se terminant spontanément en moins de 7 jours
 - Récidives entrecoupées de retour au rythme sinusal
- Persistante **récurrente**
 - Réduite par CEE ou mcts
 - Récurrences
- **Permanente** : cardioversion inefficace ou non envisagée
- (et l'épisode unique ???)

LE RISQUE : L'AVC

- Sans valvulopathie : 5%/an (X5 /population générale)
- Avec valvulopathie : risque X17
- Gravité selon
 - Risque TE
 - Cardiopathie sous jacente

Le bilan initial : objectifs

- Confirmer le diagnostic
- La stabilité hémodynamique et la fréquence cardiaque
- Les pathologies associées
- Le type
- Les facteurs déclenchants (réversibles ?)

Le bilan de base

- Clinique : les symptômes associés (tolérance.)
instabilité => hospitalisation
- ECG
- Bio : TSH, glycémie, créat, kaliémie, NF, INR
- Echocardiographie : Fej, valvulopathie, HVG

EXAMENS OPTIONNELS

- RP
- ETO (thrombus ?)
- Holter
- EE :
 - FA induite par l'effort ?
 - Ischémie ?
 - Fc à l'effort

Estimation du risque thrombotique+++

- **Les facteurs de haut risque :**
 - Antécédent d'AVC, AIT ou embolie
 - Valvulopathie (RM+) ou prothèse valvulaire mécanique
- **Les facteurs de risque modérés**
 - L'âge > 75 ans
 - HTA
 - Insce cardiaque
 - Fej < 35%
 - Diabète

AVK ?

- Si 1 Fr de haut risque
- Ou 2 de risque modéré (ex HTA et >75 ans)

Conditions favorisantes réversibles

- Infection thoracique
- Fièvre
- Pathologie pulmonaire
- Hyperthyroïdie
- Alcool

Traitement : objectifs

- Diminuer la gêne fonctionnelle
- Prévenir les accidents TE
- Eviter l'aggravation d'une éventuelle cardiopathie sous jacente
- Education thérapeutique : les AVK++

Prévention des accidents TE+++

- La grande majorité des patients ont besoin d'un tt antithrombotique (AVK ou aspirine)
- Patients à haut risque (1FR élevé ou > 1 FR modéré) => AVK (INR entre 2 et 3)
- Patients à faible risque (pas de FR) => aspirine
- Risque modéré : selon contexte et choix du patient

Tarit antithrombotique et cardioversion

(électrique ou pharmacologique)

- Objectif : prévenir AVC et embolies
- FA > 48 heures (ou ancienneté inconnue) : AVK au moins 3 semaines avant et au moins 4 semaines après la cardioversion
- FA < 48 heures : la nécessité d'un traitement anticoagulant avant et après cardioversion repose sur l'évaluation du risque
- Haut risque thromboembolique ou risque non évalué, le traitement peut être initié par héparine. La nature de l'héparine et sa posologie doivent être discutées au cas par cas en fonction du risque thrombotique et hémorragique propre au patient.

Interruption du traitement anticoagulant ...

-du fait de procédures diagnostiques ou thérapeutiques à fort risque hémorragique
- FA sans valve mécanique : le traitement anticoagulant peut être arrêté **pour une durée maximale d'une semaine sans relais par héparine.**

Traitement du trouble du rythme

- Le traitement du trouble du rythme repose sur deux options non exclusives :
 - Contrôle du rythme ;
 - Contrôle de la fréquence cardiaque.

- FA paroxystique récidivante : contrôle du rythme
- FA permanente : contrôle fréquence

Traitement du trouble du rythme

Contrôle du rythme / et
de la fréquence ?

FA persistante : Éléments du choix

- Contrôle du rythme :
 - Patients symptomatiques
 - Jeunes
 - FA secondaire
 - IC
- Contrôle Fc
 - > 65 ans
 - Coronariens
 - CI antiarythmiques ou cardioversion

Contrôle de la fréquence cardiaque

1 : mct

- La majorité des patients en FA permanente ou persistante
- Les BB
- Lez IC bradycardisants
 - Diltiazem
 - Verapamil
- Si IC : Digoxine (bithérapie possible)

Contrôle de la fréquence cardiaque

2. ablation...

- Ablation du noeud atrio-ventriculaire avec mise en place d'un stimulateur cardiaque
- si échec des autres thérapeutiques disponibles, prise en charge spécialisée.

Contrôle du rythme cardiaque

- La cardioversion électrique ou pharmacologique
 - Risque TE
 - tt anticoag poso curative si FA > 48 h
- Retardée après AVK
- Précoce sous héparine

Cardioversion électrique (CEE)

- Précédée d'une consultation anesthésique
- à jeun
- sous AG
- Risques principaux :
 - accidents emboliques
 - arythmies

Cardioversion pharmacologique

- Relève d'une consultation spécialisée.
- La cardioversion pharmacologique est d'autant plus efficace qu'elle est débutée tôt, dans les 7 jours suivant l'installation de la FA.
- Le traitement pharmacologique, hormis les faibles doses d'amiodarone, doit généralement être débuté à l'hôpital, pour surveiller la survenue possible d'effets proarythmiques ou d'IC

Traitement médicamenteux de maintien du rythme sinusal

- Un TAA est **parfois indiqué** et relève de l'avis spécialisé.
- Chez les patients dont la qualité de vie est compromise par la FA, les agents pharmacologiques recommandés pour maintenir le rythme sinusal sont :
 - Amiodarone
 - flécaïnide
 - propafénone
 - sotalol, voire cibenzoline
 - disopyramide et quinidiniques.
- Le choix d'un médicament donné est avant tout fonction du risque spécifique de survenue d'effets indésirables dépendant des caractéristiques du patient. (te du produit ?JB)
- **Tous ces médicaments peuvent entraîner des effets indésirables graves, cardiaques – notamment des effets pro-arythmiques – et non cardiaques, et un avis cardiologique spécialisé est nécessaire avant prescription.**
-

Correction de la FA par thérapeutique non médicamenteuse

- Ablation endocavitaire de la FA
- Traitements chirurgicaux

Suivi

- Evaluation clinique et biologique (avant tout fréquence cardiaque et INR).
- **Objectifs**
 - Réévaluer régulièrement le risque TE et le rapport bénéfice-risque du traitement anticoagulant.
 - S'assurer que le patient et son entourage ont bien compris les mesures de surveillance et le traitement.
 - Réévaluer le rapport bénéfice-risque du traitement antiarythmique

Qui fait Quoi ? A quelle fréquence ?

- Le cardiologue 1/an
- Le généraliste
 - Au moins ts les 6 mois chez patient équilibré!
 - Le risque TE
 - Fc et TA....
 - Observance

Le suivi biologique

- INR si traitement anticoagulant :
 - 1 à 2 fois par semaine lors de l'initiation du traitement ;
 - au minimum tous les mois chez un patient stabilisé.
- Natrémie, kaliémie.
- Créatininémie et calcul de la clairance.
- TSH : tous les 6 mois si dysthyroïdie ou traitement par amiodarone.

Suivi paraclinique

- ECG de repos en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.
- Holter rythmique
 - En cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique,
 - Pour vérifier que la FC est contrôlée.
- RP si nécessaire.
- Échocardiogramme transthoracique :
 - en cas de pathologie associée (atteinte valvulaire importante),
 - en cas de signe d'appel.
- Épreuve d'effort :
 - chez les personnes ayant conservé une activité importante, pour vérifier que la FC est contrôlée.

Critères d'admission ALD

- L'ACFA permanente ou récidivante
- Exposé au risque TE