

RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES 2010 POUR LE TRAITEMENT ANTI-THROMBOTIQUE DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE :

nouveaux scores pour l'évaluation des risques d'accident vasculaire cérébral et de saignement

P. MÉLON (1), P. LANCELLOTTI (2)

RÉSUMÉ : Les recommandations européennes 2010 pour le traitement de la fibrillation auriculaire apportent des modifications concernant les critères d'instauration d'une anticoagulation orale. Elles introduisent également un nouveau score d'évaluation du risque de survenue de saignement. Nous rapportons les critères des deux nouveaux scores de risque CHA₂DS₂-VASc et HAS-BLED introduits, respectivement, pour évaluer le risque thrombotique et hémorragique.

MOTS-CLÉS : *Recommandations - Fibrillation auriculaire - Accident vasculaire cérébral - Hémorragie - Score CHA₂DS₂-VASc - Score HAS-BLED*

2010 EUROPEAN GUIDELINES FOR ANTITHROMBOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

SUMMARY : 2010 European guidelines for the treatment of atrial fibrillation have introduced modified criteria for the instauration of oral anticoagulation. Guidelines also include a new score for the assessment of the risk of bleeding. We report the new risk scores CHA₂DS₂-VASc and HAS-BLED introduced for the assessment of thrombotic and bleeding risks, respectively.

KEYWORDS : *Guidelines - Atrial fibrillation - Bleeding - Stroke - CHA₂DS₂-VASc score - HAS-BLED score*

INTRODUCTION

Les recommandations 2010 de la prise en charge de la fibrillation auriculaire (FA), récemment publiées par la Société Européenne de Cardiologie, incorporent deux nouveaux scores (1). Ils permettent au cardiologue, ainsi qu'au généraliste, à l'interniste, au neurologue ou au gériatre, de mieux évaluer le risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC) lié à la fibrillation auriculaire et le risque de saignement lié à la prescription d'un traitement antithrombotique.

LE SCORE CHA₂DS₂-VASc

La FA est responsable de 20% des AVC. Dans ces cas, les séquelles, la mortalité et le risque de récurrence sont plus élevés que pour les autres causes d'AVC. Le score CHADS₂ permet une évaluation initiale du risque de survenue d'un AVC (2,3). Si le score est ≥ 2 , la prescription d'une anticoagulation orale (antagoniste de la vitamine K) avec l'obtention d'un INR («International Normalized Ratio») compris entre 2 et 3 s'impose, en l'absence de contre-indication formelle. Pour les patients avec un score CHADS₂ de 0 ou 1, il existe maintenant des données objectives qui montrent que certains d'entre eux bénéficient d'une meilleure prévention de l'AVC sous anticoagulant oral tandis que pour d'autres, la prescription d'acide acétylsali-

cyrique (AAS) augmente le risque hémorragique sans apporter de bénéfice thérapeutique.

Dès lors que le score CHADS₂ est < 2 , il convient d'évaluer le risque de survenue d'un AVC au moyen du nouveau score CHA₂DS₂-VASc (4). Ce dernier incorpore 2 facteurs de risque majeurs (âge ≥ 75 ans et un antécédent d'AVC ou d'accident ischémique transitoire ou d'embolie périphérique) qui reçoivent chacun 2 points et 6 facteurs de risque cliniques «non majeurs» qui reçoivent chacun 1 point (Tableau I). Les facteurs de risque «non majeurs» sont la décompensation cardiaque ou une fraction d'éjection du ventricule gauche $< 40\%$, l'hypertension artérielle, le diabète, une maladie vasculaire incluant un antécédent d'infarctus du myocarde, une maladie vasculaire périphérique ou la présence de plaques aortiques, un âge compris entre 65 et 74 ans et le sexe féminin. La somme des points attribués à chaque facteur de risque présent chez un patient donné détermine le score qui conditionne le choix du traitement anti-thrombotique. Un score ≥ 2 justifie la prescription d'une anticoagulation orale. Un score égal à 1 laisse le choix entre une anticoagulation orale et l'AAS, avec une préférence pour le premier traitement. Un score égal à 0 donne le choix entre l'AAS ou l'abstention de traitement, avec une préférence pour cette dernière attitude (Tableau II). L'approche pratique du choix du traitement antithrombotique de la FA, proposée dans les nouvelles recommandations, est résumée dans la Figure 1. Actuellement, l'anticoagulation orale est réalisée avec les antagonistes de la vitamine K. Il est probable que les nouveaux anticoagu-

(1) Chef de Clinique, (2) Professeur, Université de Liège, Responsable du Service des Soins Intensifs Cardiologiques, Service de Cardiologie, CHU de Liège.

TABLEAU I. COMPARAISON DES SCORES CHADS₂ ET CHA₂DS₂-VASc

	CHADS ₂	pt	CHA ₂ DS ₂ -VASc	pt
C	Décompensation cardiaque	1	Décompensation cardiaque ou diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche < 40%	1
H	Hypertension	1	Hypertension	1
A	Age ≥ 75 ans	1	Age ≥ 75 ans	2
D	Diabète	1	Diabète	1
S	AVC, AIT, embolie systémique	2	AVC, AIT, embolie systémique	2
V			Maladie vasculaire incluant un antécédent d'infarctus du myocarde, une maladie vasculaire périphérique et des plaques aortiques	1
A			Age entre 65 et 74 ans	1
Sc			Sexe féminin	1

AVC : Accident Vasculaire Cérébral; AIT : Accident Ischémique Transitoire.

TABLEAU II. CHOIX DU TRAITEMENT ANTITHROMBOTIQUE SELON LE SCORE CHA₂DS₂-VASc

Facteurs de risque	Score CHA ₂ DS ₂ -VASc	Traitement antithrombotique
1 facteur de risque majeur ou ≥ 2 facteurs de risques cliniques «non majeurs»	≥ 2	ACO
1 facteur de risque clinique «non majeur»	1	ACO ou AAS Préférence : ACO
Pas de facteur de risque	0	AAS ou rien Préférence : rien

ACO : Anticoagulant Oral; AAS : Acide Acétylsalicylique

lants oraux, tels les inhibiteurs des facteurs Xa et IIa, seront amenés à jouer prochainement un rôle de premier plan par leur efficacité et leur sécurité d'emploi.

LE SCORE HAS-BLED

Au moment de prescrire un anticoagulant oral ou de l'AAS, il convient d'évaluer le risque de saignement du patient, notamment pour limiter le risque d'hémorragie cérébrale aux conséquences dramatiques. Les recommandations 2010 incorporent un nouveau score de risque de saignement, appelé HAS-BLED (5). Il a été établi sur la base des caractéristiques

TABLEAU III. SCORE HAS-BLED

	Définition anglo-saxonne	Critères cliniques	Points
H	Hypertension	Hypertension systolique > 160 mmHg	1
A	Abnormal renal or liver function (1 point each)	Fonction rénale anormale = dialyse ou créatinine sérique ≥ 23 mg/l Fonction hépatique anormale = maladie hépatique chronique (cirrhose) ou fonction hépatique altérée avec un taux de bilirubine > 2x la limite supérieure de la normale, en association avec un taux de TGP, TGO ou phosphatases alcalines > 3x la limite supérieure de la normale	1 ou 2
S	Stroke	Accident Vasculaire Cérébral	1
B	Bleeding	Saignement = une histoire de saignement et/ou une prédisposition aux saignements (diathèse hémorragique, anémie,...)	1
L	Labile INRs	INR labile = instable élevé ou INR thérapeutique < 60% des mesures	1
E	Elderly (e.g. age > 65 years)	Personne âgée (> 65 ans)	1
D	Drugs or alcohol abuse (1 point each)	Médicaments = Antiagrégant plaquettaire, AINS,... Abus d'alcool	1 ou 2

cliniques d'une population de 3.879 patients européens en FA issus des enquêtes «Euro Heart Survey» (Tableau III). Un score ≥ 3 est associé à un risque élevé de saignement. Il justifie de considérer le bénéfice d'un traitement par anticoagulant oral ou AAS par rapport au risque élevé de saignement ou de prévoir un suivi rapproché et strict du patient. Ce suivi a pour but de maintenir l'INR au plus près de 2. Ce point est particulièrement important chaque fois qu'un patient doit bénéficier de l'implantation d'une endoprothèse vasculaire (stent), de préférence non enrobée, qui justifie la prescription, durant une période aussi courte que possible, d'une double antiagrégation plaquettaire (AAS + clopidogrel, par exemple) le plus souvent, en association avec un antagoniste de la vitamine K.

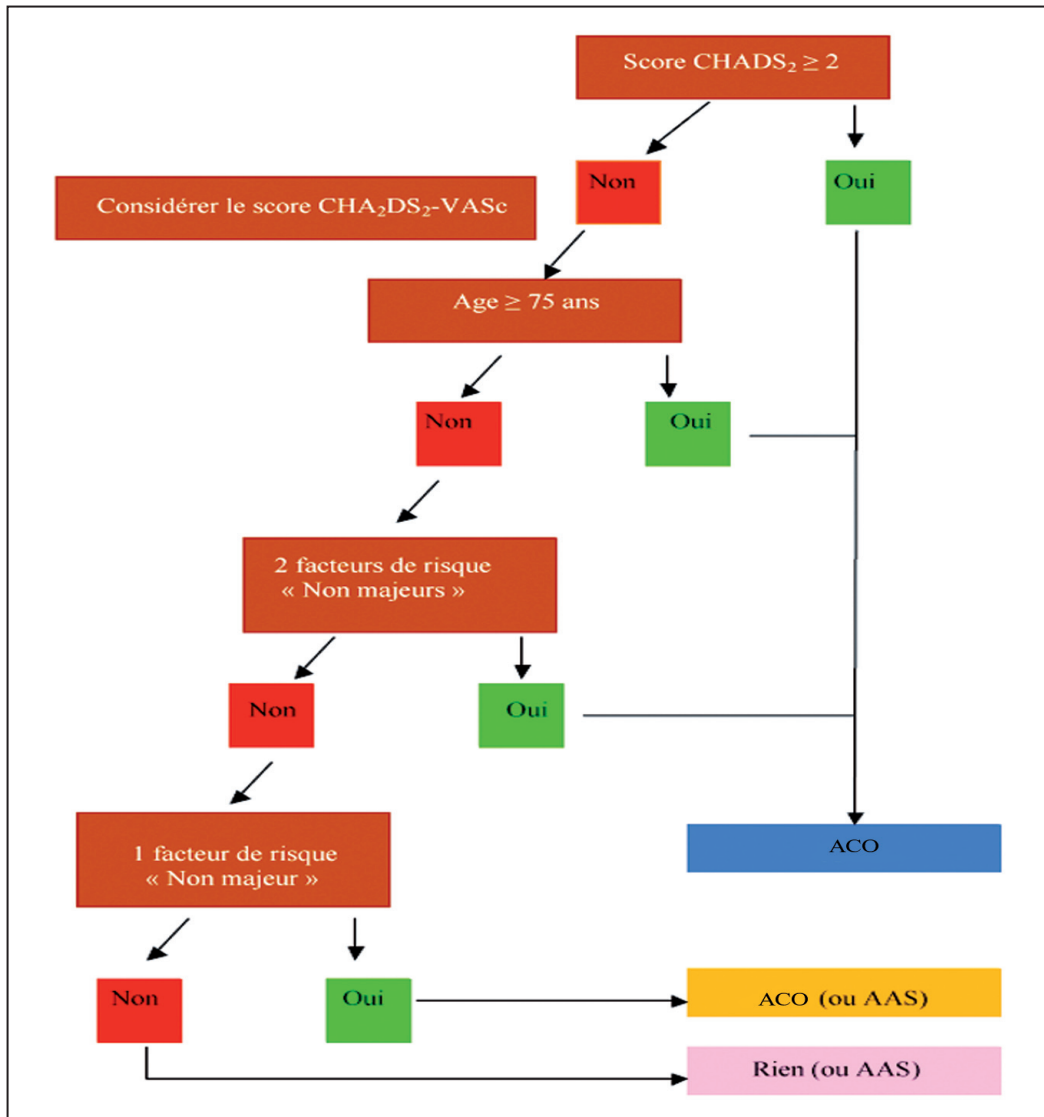


Figure 1. Approche pratique du choix du traitement antithrombotique de la FA selon les nouvelles recommandations. ACO : Anticoagulant Oral; AAS : Acide Acétylsalicylique.

CONCLUSION

Les nouvelles recommandations 2010 concernant le traitement antithrombotique de la FA renforcent les critères d'utilisation des AVK qui sont identifiés au moyen du score CHA₂DS₂-VASc. Pour la première fois, les recommandations incluent également un score de risque de saignement, appelé HAS-BLED, permettant d'évaluer le risque hémorragique du patient inhérent au traitement antithrombotique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al.— Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2010 (in press).
2. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, et al.— Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*, 2001, **285**, 2864-2870.
3. Mélon P, Garweg C, Lancellotti P, Piérard L.— Adhésion au traitement anti-thrombotique de la fibrillation auriculaire. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 299-303.
4. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, et al.— Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach : the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Chest*, 2010, **137**, 263-272.
5. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, et al.— A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. *Chest*, 2010 (in press).

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr P. Mélon, Service de Cardiologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgium.