

MISE À JOUR DES RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE : AU SUJET DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE

PEGNYEMB M (1), LANCELLOTTI P (2)

RÉSUMÉ : Les recommandations 2020 de la Société Européenne de Cardiologie se sont enrichies sur la base de nombreuses données publiées au cours des 4 dernières années. Elles mettent l'accent sur l'importance d'une prise en charge globale de l'arythmie et donnent une place de plus en plus prépondérante au traitement par ablation. Dans cet article, nous présentons un résumé de l'ensemble des nouvelles recommandations.

MOTS-CLÉS : *Fibrillation auriculaire - Recommandations*

RECOMMENDATIONS UPDATE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY ABOUT ATRIAL FIBRILLATION

SUMMARY : The 2020 recommendations of the European Society of Cardiology have been enriched on the basis of numerous data published over the past 4 years. They emphasize the importance of a comprehensive management of the arrhythmia and give an increasingly prominent place to treatment by ablation. In this article, we summarize all the new recommendations.

KEYWORDS : *Atrial fibrillation - Guidelines*

INTRODUCTION

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie la plus fréquente dont la prévalence augmente, notamment, à cause du vieillissement de la population et de la prépondérance de nouvelles pathologies comme l'obésité (1, 2). La FA affecte 33,5 millions de personnes dans le monde, en majorité des hommes (70 % des cas) (2). Elle entraîne une augmentation significative de la mortalité et de la morbidité, incluant les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'insuffisance cardiaque (3). Aujourd'hui, la FA est reconnue comme une maladie complexe qui implique des mesures thérapeutiques adaptées pour chaque patient. Comme la **Figure 1** le montre, la FA dépend de nombreux paramètres dont l'âge, le sexe, des facteurs génétiques et des spécificités ethniques (4). Elle est également dépendante de la présence et de l'accumulation de pathologies telles que le diabète, l'hypertension artérielle, la maladie coronaire, l'insuffisance cardiaque ou encore l'insuffisance rénale (5). Les apnées du sommeil sont également importantes de même que des comportements individuels modifiables, comme la consommation d'alcool et la sédentarité (6).

L'efficacité de la prise en charge de la FA dépend de la mise en œuvre d'un processus de décision simple et pratique adapté à chaque profil de patient dans le cadre d'une intervention multidisciplinaire concertée. La Société Européenne de Cardiologie vient de publier une

mise à jour des recommandations pour la prise en charge de la FA (7). Dans cet article, nous présentons les nouvelles recommandations ajoutées depuis la parution de la dernière version publiée en 2016 (8).

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA FA

Même si cela peut paraître évident, le diagnostic de FA ne peut être établi formellement que sur la base d'un tracé ECG 12 dérivations ou simple dérivation d'une durée de ≥ 30 sec montrant une absence d'onde P et une succession irrégulière de complexes QRS (quand il n'y a pas d'anomalie de la conduction auriculo-ventriculaire) (9). Dès le diagnostic établi, il est recommandé de caractériser de manière précise la FA. Cette démarche inclut l'évaluation (a) du risque thromboembolique, (b) de la sévérité des symptômes, (c) du substrat sous-jacent et (d) de l'impact global de l'arythmie afin de faciliter et d'adapter, au mieux, le traitement du patient. Lors du dépistage de l'arythmie, il est important d'informer le patient sur l'importance et les implications du traitement qui sera instauré en cas de découverte d'une FA. Il est ensuite important d'évaluer régulièrement le contexte de l'arythmie et les résultats du traitement en vue de l'optimisation de la prise en charge.

PRÉVENTION DES ACCIDENTS THROMBOEMBOLIQUES

L'évaluation du risque thromboembolique est toujours réalisée au moyen du score CHA₂DS₂-VASc (10), décrit dans la Revue en 2010 (11). En

(1) Service de Cardiologie, CHU Liège, Belgique.

(2) ULiège, Service de Cardiologie, GIGA Cardiovasculaire, CHU Liège, Belgique.

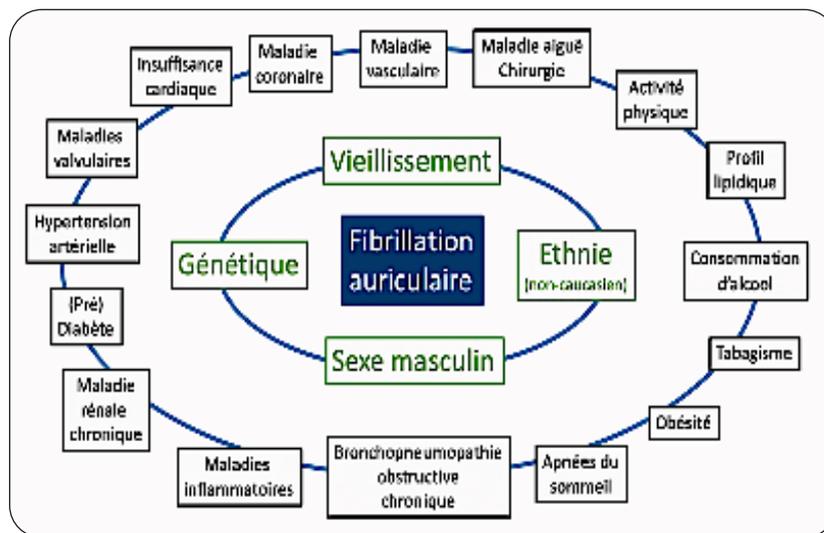


Figure 1. Facteurs de risque de la fibrillation auriculaire.

cas d'identification d'un faible risque thromboembolique au moment du diagnostic de la FA, il est conseillé de répéter l'évaluation dans les 4-6 mois car un nombre significatif de patients verra apparaître une pathologie durant cette période, au premier rang duquel on retrouve l'hypertension artérielle, qui augmentera le score CHA₂DS₂-VASc (12). Dans tous les cas, l'évaluation des risques thromboemboliques et hémorragiques doit être répétée à intervalles réguliers car ces risques peuvent être influencés par l'apparition d'une nouvelle pathologie et un changement des paramètres modifiables tels que la consommation d'alcool ou l'activité physique (13).

L'évaluation du risque hémorragique doit se baser sur le score HAS-BLED afin d'identifier les patients à haut risque (score ≥ 3) ainsi que pour corriger les risques modifiables inclus dans le score (11). En l'absence de contre-indication absolue de l'utilisation d'une anticoagulation orale, le score HAS-BLED ne doit pas être utilisé dans la décision de l'utilisation d'un anticoagulant, mais doit conduire à établir une surveillance plus rapprochée du traitement. En aucun cas, le type de FA (FA inaugurale, paroxystique, persistante, permanente) ne doit intervenir dans la décision d'instaurer une anticoagulation (14).

CARDIOVERSION PHARMACOLOGIQUE

Une cardioversion pharmacologique ne doit être utilisée que chez les patients stables sur le plan hémodynamique et après une évaluation du risque thromboembolique. Elle est contre-indiquée en présence d'une maladie du nœud sinusal, d'une anomalie de la conduction auriculo-ventriculaire et d'un allongement

de l'intervalle QT > 500 ms, sauf si le risque de bradycardie et de survenue d'arythmie a été clairement considéré (15).

ABLATION DE LA FA POUR LE CONTRÔLE DU RYTHME

D'une manière générale, la décision d'utiliser l'ablation (isolation des veines pulmonaires par cathéter) pour le contrôle du rythme doit tenir compte des risques de la procédure et de récurrence de l'arythmie ainsi que de la préférence du patient ayant reçu l'ensemble des informations nécessaires (16). Dans tous les cas, l'ablation doit être associée à une correction stricte des facteurs de risque et des déclencheurs potentiels de la FA. Sur base des données récentes de la littérature, l'ablation est maintenant reconnue comme un traitement de première ligne sans l'essai préalable d'un médicament anti-arythmique. Ainsi, il est raisonnable de proposer une ablation en première ligne thérapeutique, en alternative aux traitements anti-arythmiques chez les patients souffrant d'une FA paroxystique symptomatique ou persistante sans risque majeur de récurrence (17).

L'ablation de la FA peut également être proposée aux patients souffrant d'une FA paroxystique ou persistante qui sont symptomatiques en cas de récurrence de l'arythmie, malgré la prescription, ou en cas d'intolérance aux bêtabloquants. Il est raisonnable de répéter une ablation en cas de récurrence de l'arythmie si les symptômes liés à cette dernière avaient été significativement améliorés après la première procédure. Outre l'isolation des veines pulmonaires, la réalisation de ligne d'ablation supplémentaire, l'ablation de foyers ectopiques, de rotors, d'activités frag-

mentées ou de bas voltage peut être envisagée, même si l'efficacité n'est pas clairement établie (18).

GESTION DU RISQUE D'AVC DURANT LA PÉRIODE QUI ENTOURE UNE CARDOVERSION

Il est primordial de s'assurer de la compliance au traitement anticoagulant des patients durant la période qui précède et suit la cardioversion. Lorsque la cardioversion est réalisée alors que la FA est installée depuis > 24 h, il faut maintenir l'anticoagulation au minimum pendant les 4 semaines qui suivent le rétablissement du rythme sinusal. Au-delà de cette période, la décision de maintenir l'anticoagulation au long cours sera déterminée par le score CHA₂DS₂-VASc (11). Lorsque la cardioversion est réalisée alors que la FA est installée depuis < 24 h, l'anticoagulation peut ne pas être prescrite durant les 4 semaines qui suivent le rétablissement du rythme sinusal chez les patients avec un risque thromboembolique bas (score CHA₂DS₂-VASc de 0 chez l'homme et de 1 chez la femme) (19).

GESTION DU RISQUE D'AVC DURANT LA PÉRIODE QUI ENTOURE UNE ABLATION PAR CATHÉTER

Chez les patients qui ont des facteurs de risque pour la survenue d'un AVC avant l'ablation et qui ne sont pas anticoagulés, il convient d'instaurer une anticoagulation au minimum durant les 3 semaines qui précèdent la procédure ou d'exclure la présence d'un thrombus auriculaire au moyen d'une échocardiographie transoesophagienne avant la procédure. Pour les patients anticoagulés avec une anti-vitamine K, le dabigatran, le rivaroxaban, l'apixaban ou l'édoxaban, il est recommandé de réaliser l'ablation sans interruption du traitement (20).

RECOMMANDATIONS EN CAS D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS ANTI-ARYTHMIQUES AU LONG COURS

A cause du risque de torsades de pointes, l'utilisation de sotalol (un bêtabloquant avec des propriétés anti-arythmiques de classe 3) impose un monitoring strict de l'intervalle QT, du taux plasmatique de potassium, de la clairance de la créatinine et des facteurs potentiellement arythmogènes. Ce médicament peut être utilisé

chez les patients avec une fonction ventriculaire gauche normale et en présence d'une cardiopathie ischémique. Dans le but d'éviter une conduction auriculoventriculaire 1:1 en cas de déclenchement d'un flutter atrial, la flécaïnide doit être associée à un médicament qui bloque la conduction auriculo-ventriculaire (bêtabloquant ou antagoniste calcique non dihydropyridique) en cas d'utilisation pour le contrôle du rythme au long cours (19, 21).

RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION DU MODE DE VIE ET DES FACTEURS DE RISQUE EN PRÉSENCE D'UNE FA

Il est recommandé d'identifier et de corriger au mieux les facteurs de risque ainsi que le mode de vie et de traiter les maladies concomitantes à une FA dans le cadre de la prise en charge globale de cette dernière (réduction des symptômes et de l'impact global de la FA). Ainsi, il est actuellement bien démontré qu'une perte de poids s'accompagne d'une diminution des épisodes et du risque de récurrence d'une FA. L'exercice physique régulier, contrairement à la pratique intensive d'un sport, a également un impact positif sur la FA. Afin d'en éviter les complications, il est recommandé de faire un dépistage de la FA chez les patients hypertendus et souffrant d'apnées du sommeil parce que la prévalence de l'arythmie est plus élevée chez ces patients que dans la population générale (22).

RECOMMANDATIONS EN CAS D'IMPLANTATION D'UN STENT CORONAIRE CHEZ LES PATIENTS EN FA

L'implantation d'un stent coronaire impose l'utilisation d'une double anti-agrégation plaquettaire. Cette dernière augmente le risque hémorragique lorsqu'elle est associée à l'anticoagulation prescrite aux patients en FA. Tenant compte de cette problématique, les nouvelles recommandations proposent une attitude adaptée en fonction des circonstances d'implantation du stent (7, 23).

Dans le contexte d'un syndrome coronarien aigu, il est conseillé, en cas d'implantation non compliquée d'un stent coronaire, de ne maintenir que brièvement (< 1 semaine) l'aspirine et de poursuivre l'anticoagulation en association avec un inhibiteur des P2Y₁₂ (le clopidogrel de préférence) jusqu'à 12 mois, si le risque de thrombose du stent est faible ou si le risque

hémorragique surpasse le risque de thrombose du stent, quel que soit le modèle de stent utilisé.

Dans le contexte d'un syndrome coronarien chronique, il est également conseillé, après implantation d'un stent coronaire, de limiter (< 1 semaine) la durée de la trithérapie et de ne maintenir la bithérapie que durant 6 mois.

RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION DES SAIGNEMENTS SÉVÈRES SOUS ANTICOAGULANT

En cas de saignement sévère chez les patients traités par un médicament anti-vitamine K, il est conseillé d'utiliser, en première ligne, le PPSB (fraction plasmatique humaine lyophilisée contenant les facteurs du complexe prothrombique humain) dont l'action est plus rapide que celle du plasma frais congelé (24).

RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION DE LA FA DURANTS LA GROSSESSE

Chez les patientes avec une cardiomyopathie hypertrophique, une cardioversion, généralement précédée d'une anticoagulation, doit être envisagée en cas de FA persistante. L'administration intraveineuse de flécaïnide peut être envisagée pour arrêter une FA chez les patientes stables en l'absence d'anomalie cardiaque structurelle. L'utilisation de la flécaïnide, de la propafénone ou du sotalol peut être envisagée pour prévenir la FA en cas d'échec des médicaments bloquant la conduction atrioventriculaire. La digoxine et le vérapamil constituent une alternative en cas d'échec des bêtabloquants pour contrôler la fréquence cardiaque (25).

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FA CHEZ LA FEMME

Les femmes souffrant de FA paroxystique ou persistante symptomatique doivent bénéficier des mêmes traitements de contrôle du rythme que les hommes, y compris l'ablation (26).

CONCLUSION

Les recommandations concernant la prise en charge de la FA évoluent sur la base de nos connaissances scientifiques et des progrès rapides de la technologie. Ainsi, la révolution numérique a fait apparaître de nouveaux

supports largement disponibles (smartphones, montres connectées) permettant potentiellement le dépistage, mais également la surveillance des patients présentant de la FA. La validation de ces nouveaux systèmes modifiera profondément la prise en charge des patients. Les différentes modalités d'imagerie médicale (échocardiographie, CT-scan, IRM) jouent un rôle de plus en plus important dans la caractérisation de chaque patient qui présente une FA. La reconnaissance de pathologies et de facteurs de risque responsables du déclenchement de la FA complexifie, toujours un peu plus, la prise en charge de cette pathologie et met en évidence l'importance d'une intervention concertée de multiples intervenants (cardiologue, infirmière spécialisée, nutritionniste, coach sportif, endocrinologue, diabétologue, néphrologue,...).

BIBLIOGRAPHIE

1. Kulbertus H, Lancellotti P. La fibrillation auriculaire : une épidémie du troisième âge? *Rev Med Liege* 2014;**69**:301-8.
2. Staerk L, Sherer JA, Ko D, et al. Atrial fibrillation : epidemiology, pathophysiology, clinical outcomes. *Circ Res* 2017;**120**:1501-17.
3. Ganesan AN, Chew DP, Hartshorne T, et al. The impact of atrial fibrillation type on the risk of thromboembolism, mortality, and bleeding : a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J* 2016;**37**:1591-602.
4. Allan V, Honarbakhsh S, Casas JP, et al. Are cardiovascular risk factors also associated with the incidence of atrial fibrillation? : a systematic review and field synopsis of 23 factors in 32 population-based cohorts of 20 million participants. *Thromb Haemost* 2017;**117**:837-50.
5. Aune D, Feng T, Schlesinger S, et al. Diabetes mellitus, blood glucose and the risk of atrial fibrillation : a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Diabetes Complications* 2018;**32**:501-11.
6. Cadby G, McArdle N, Briffa T, et al. Severity of OSA is an independent predictor of incident atrial fibrillation hospitalization in a large sleep-clinic cohort. *Chest* 2015;**148**:945-52.
7. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2020;doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
8. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Europace* 2016;**18**:1609-78.
9. Charitos EI, Stierle U, Ziegler PD, et al. A comprehensive evaluation of rhythm monitoring strategies for the detection of atrial fibrillation recurrence insights from 647 continuously monitored patients and implications for monitoring after therapeutic interventions. *Circulation* 2012;**126**:806-14.
10. Tomasdottir M, Friberg L, Hijazi Z, et al. Risk of ischemic stroke and utility of CHA₂DS₂-VASc score in women and men with atrial fibrillation. *Clin Cardiol* 2019;**42**:1003-9.
11. Melon P, Lancellotti P. 2010 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. *Rev Med Liege* 2010;**65**:580-2.

12. Chao TF, Liao JN, Tuan TC, et al. Incident co-morbidities in patients with atrial fibrillation initially with a CHA₂DS₂-VASc score of 0 (males) or 1 (females): implications for reassessment of stroke risk in initially "low-risk" patients. *Thromb Haemost* 2019;**119**:1162-70.
13. Chao TF, Chiang CE, Chen TJ, et al. Reassessment of risk for stroke during follow-up of patients with atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2019;**170**:663-4.
14. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaar R, et al. 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**:1093-100.
15. Boriani G, Diemberger I, Biffi M, et al. Pharmacological cardioversion of atrial fibrillation : current management and treatment options. *Drugs* 2004;**64**:2741-62.
16. Al-Khatib SM, LaPointe NM, Chatterjee R, et al. Rate- and rhythm-control therapies in patients with atrial fibrillation : a systematic review. *Ann Intern Med* 2014;**160**:760-73.
17. Voskoboinik A, Sparks PB, Morton JB, et al. Low rates of major complications for radiofrequency ablation of atrial fibrillation maintained over 14 years : a single centre experience of 2750 consecutive cases. *Heart Lung Circ* 2018;**27**:976-83.
18. Lee G, Sparks PB, Morton JB, et al. Low risk of major complications associated with pulmonary vein antral isolation for atrial fibrillation : results of 500 consecutive ablation procedures in patients with low prevalence of structural heart disease from a single center. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2011;**22**:163-8.
19. Cardoso R, Knijnik L, Bhonsale A, et al. An updated meta-analysis of novel oral anticoagulants versus vitamin K antagonists for uninterrupted anticoagulation in atrial fibrillation catheter ablation. *Heart Rhythm* 2018;**15**:107-15.
20. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016;**37**:2893-962.
21. Lafuente-Lafuente C, Longas-Tejero MA, Bergmann JF, Belmin J. Antiarrhythmics for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;**3**:CD005049.
22. Rienstra M, Hobbelt AH, Alings M, et al. Targeted therapy of underlying conditions improves sinus rhythm maintenance in patients with persistent atrial fibrillation : results of the RACE 3 trial. *Eur Heart J* 2018;**39**:2987-96.
23. Lip GY, Collet JP, Haude M, et al. 2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous cardiovascular interventions : a joint consensus document of the European Heart Rhythm Association (EHRA), European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), Latin America Heart Rhythm Society (LAHRS), and Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA). *Europace* 2019;**21**:192-3.
24. Shen AY, Yao JF, Brar SS, et al. Racial/ethnic differences in the risk of intracranial hemorrhage among patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2007;**50**:309-15.
25. Page RL. Treatment of arrhythmias during pregnancy. *Am Heart J* 1995;**130**:871-6.
26. Potpara TS, Marinkovic JM, Polovina MM, et al. Gender-related differences in presentation, treatment and long-term outcome in patients with first-diagnosed atrial fibrillation and structurally normal heart : the Belgrade atrial fibrillation study. *Int J Cardiol* 2012;**161**:39-44.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. P. Lancellotti, Service de Cardiologie, CHU Liège, Belgique.
Email : plancellotti@chuliege.be