

# CardioRance

Réseau de santé cardio-vasculaire du secteur sanitaire n°6 de Bretagne

## PROTOCOLE RESEAU : CONDUITE A TENIR DEVANT LA DECOUVERTE D'UNE FIBRILLATION ATRIALE RECENTE

Auteurs : Dr Hamonic, Dr Maigne, Dr F Revault d'Allonnes, Dr G Revault d'Allonnes, Dr Taurin, M Surtel IDE.

L'objectif de ce protocole est de tenter une relative uniformisation de la prise en charge de la **fibrillation atriale (FA)** au sein du secteur sanitaire 6 dans le cadre du réseau de soins CardioRance. Il est donc destiné aux médecins généralistes, cardiologues libéraux et hospitaliers.

Ce protocole se limitera volontairement à la prise en charge d'une FA paroxystique (spontanément réduite, généralement < 7 jours) ou persistante (nécessitant une réduction par cardioversion médicamenteuse ou électrique, souvent > 7 jours) qu'il s'agisse d'un premier épisode ou d'une récurrence, mais pas au suivi d'une FA permanente (dite "chronique", après échec de cardioversion ou absence de tentative de cardioversion).

De même, ce protocole se bornera à la prise en charge en aigu d'une FA, que cela soit en ambulatoire ou en service hospitalier. Le traitement anti-arythmique préventif des récurrences (médicamenteux, ablation ou stimulation cardiaque) ainsi que les traitements anti-thrombotiques préventifs (antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants) ne seront pas envisagés dans ce travail.

En l'absence de recommandations spécifiques de la Société Française de Cardiologie, l'élaboration de ce protocole est basée sur les recommandations les plus récentes de la Société Européenne de Cardiologie (Task Force Report, 2003, ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation).

Il est évident que ce protocole est soumis à d'éventuelles modifications dans un proche avenir, compte tenu des nombreuses études actuellement en cours sur les nouveaux traitements anti-arythmiques et surtout les nouvelles modalités d'anti-coagulation.

Données épidémiologiques (Framingham Heart Study) : La FA est une pathologie fréquente avec une prévalence de 0.4% dans la population générale (< 1% en dessous de 60 ans, > 6% au dessus de 80 ans)

Son incidence est de 0.1%/an en dessous de 40 ans, mais s'élève à plus de 2%/an au delà de 80 ans. Son incidence apparaissant nettement plus élevée dans la population des insuffisants cardiaques.

La fréquence de la FA, la diminution de la qualité de vie rapportée par les patients, mais surtout son pronostic spontané, expliquent l'importance d'une prise en charge optimale de cette pathologie.

Contrairement aux idées reçues, le pronostic de la FA n'est pas bénin. Le risque principal étant la survenue d'un accident vasculaire cérébral ischémique (x 5 par rapport à la population générale en rythme sinusal, x 17 pour les patients ayant une valvulopathie rhumatismale en FA). De plus, la FA est associée à une mortalité accrue liée aux accidents vasculaires cérébraux ou à la cardiopathie sous jacente.

## PRISE EN CHARGE INITIALE

### **1° Critères d hospitalisation**

La découverte d'une fibrillation atriale est le plus souvent faite en ambulatoire et la décision d'une prise en charge en service de cardiologie doit se baser sur des critères de tolérance ou de terrain sous jacent.

#### Tolérance :

- malaises (dysfonction sinusale associée, cardiopathie obstructive, rétrécissement valvulaire aortique, voie accessoire)
- angor fonctionnel (coronaropathie connue ou révélée par la tachycardie)
- signes d'insuffisance cardiaque congestive (tachycardiomyopathie secondaire ou décompensation d'une cardiopathie pré-existante)
- accident vasculaire cérébral

#### Terrain :

- hyperthyroïdie connue ou documentée
- cardiopathie sous jacente sévère (coronaropathie, cardiomyopathie dilatée, valvulopathie évoluée...)
- difficulté de gestion du traitement anticoagulant et/ou risque hémorragique élevé
- difficulté d'utilisation d'anti-arythmique (âge, troubles conductifs associés, bradyarythmie, cardiopathie sous-jacente)

### **2° Bilan initial obligatoire**

La prise en charge ambulatoire par le généraliste nécessite:

- un avis cardiologique dans les 24 heures (ECG, échocardiographie)
- la mise en route d'une anticoagulation immédiate
- un bilan biologique avec kaliémie, créatininémie, TSH, plaquettes et hémostase.

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

### 1° *Ralentissement d'une FA rapide (80/min au repos, 110/min après 6 min de marche)*

Le contrôle de la fréquence cardiaque se justifie par le risque de développement d'une tachycardiomyopathie, même en l'absence de toute cardiopathie préexistante.

- Agents pharmacologiques indiqués pour le contrôle de la fréquence cardiaque :

Antiarythmique	Voie d'administration
Diltiazem	Per os ou IV
Métoprolol	Per os ou IV
Propranolol	Per os ou IV
Vérapamil	Per os ou IV
Digoxine	Per os ou IV

### 2° *Anticoagulation efficace. Quel traitement anticoagulant initial ?*

\* Ce sujet est actuellement en cours d'évolution, mais les recommandations actuelles de la Société Européenne de Cardiologie sont claires : les données d'études récentes concernant le traitement par Héparines de Bas Poids Moléculaire (HBPM) en sous cutanée dans cette indication sont limitées et le niveau de preuve est de classe C. Néanmoins de nombreuses études pilotes sont en cours ou ont été publiées et ont déjà fait évoluer les pratiques thérapeutiques.

Il nous apparaît donc compte tenu des nouvelles habitudes de prescription déjà largement diffusées chez les cardiologues de ville et dans certains centres hospitaliers que le traitement par HBPM à doses efficaces est licite.

Ce protocole propose donc que l'anticoagulation initiale injectable fasse appel soit à l'Héparine® en perfusion continue IV, à la Calciparine® en 3 ou 2 injections quotidiennes sous cutanées ou à une HBPM (Lovenox®) deux injections quotidiennes (en dehors des contre indications classiques aux HBPM, de l'existence d'une valulopathie ou d'antécédents d'embols d'origine cardiaque).

\*\* Cas particulier de l'anticoagulation des accidents vasculaire cérébraux constitués en FA: L'anticoagulation efficace initiale peut être contre indiquée et nécessite un avis neurologique rapide avant de l'instituer.

\*\*\* Facteurs de risque d'accident ischémique dans la FA non valvulaire, justifiant une anticoagulation au long cours (risque relatif augmenté) par AVK, plutôt à ½ vie longue, tels que Préviscan® ou Coumadine® (INR cible 2 à 3).

- antécédent d'accident vasculaire cérébral ou embolie systémique
- hypertension artérielle
- insuffisance cardiaque congestive
- age > 75 ans
- diabète
- insuffisance coronarienne

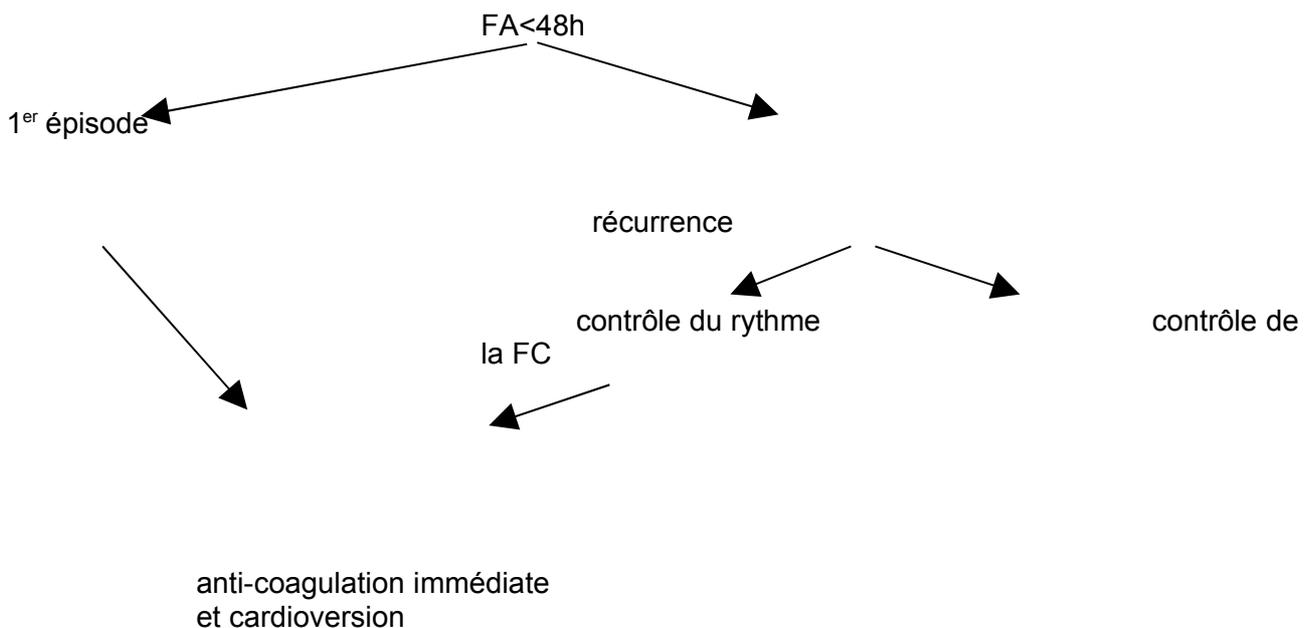
cas particuliers :

- 1) s'il s'agit d'un premier épisode de FA, on peut arrêter les AVK à 4 semaines de la cardioversion si < 2 facteurs de risque, si plus de 2 facteurs de risque poursuite des AVK au long cours (très haut risque)
- 2) en l'absence de facteurs de risque, on est autorisé à choisir entre aucun traitement antithrombotique et Aspirine® à la dose de 325mg. (pas de réel consensus entre ces deux pratiques)
- 3) en cas de contre indication formelle aux AVK, Aspirine® 325mg si non contre indiqué

### 3° Quelle stratégie selon la date de début

#### **FA < 48 heures :**

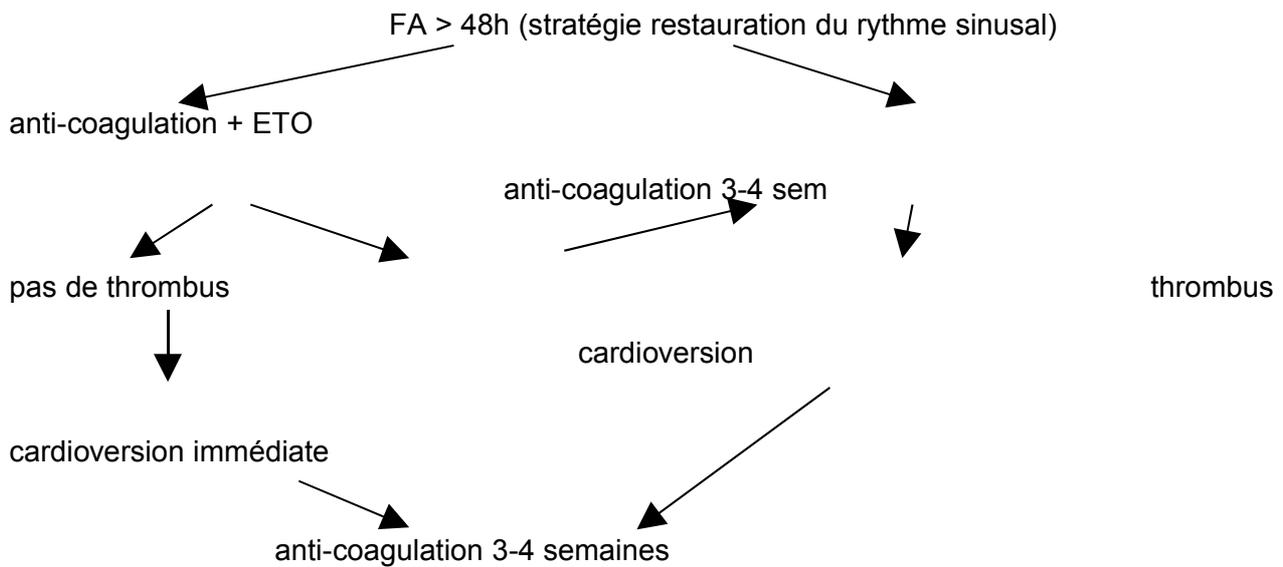
- S'agissant d'un premier épisode, tenter une restauration du rythme sinusal doit être la règle. En cas de récurrence, les données d'études récentes autorisent un simple ralentissement de la fréquence cardiaque.
- la cardioversion immédiate (médicamenteuse ou électrique) est autorisée sous couvert de la mise en route d'un traitement anticoagulant immédiatement débuté par voie injectable à dose efficace (cf \*)
- quelle que soit la stratégie choisie (contrôle du rythme ou de la fréquence), la mise en route d'un traitement par AVK au décours entre dans le cadre du traitement préventif lié aux facteurs de risque (cf \*\*\*).



**FA > 48 heures :** Si la solution de contrôle du rythme cardiaque est retenue, deux stratégies sont actuellement autorisées. Sur une récurrence de FA, le simple contrôle de la fréquence cardiaque peut être décidé.

- méthode conventionnelle : introduction d'un traitement anticoagulant injectable relayé par un traitement par AV K pour une durée de 3 à 4 semaines avant tentative de cardioversion médicamenteuse ou électrique.
- méthode "rapide" : introduction d'un traitement anticoagulant similaire, suivie d'une échographie cardiaque trans-oesophagienne (ETO) précoce. En l'absence de thrombus intracardiaque, réalisation immédiate d'une cardioversion. En présence d'un thrombus, retour à la stratégie conventionnelle avec ETO de contrôle avant toute cardioversion.

- Au décours de la cardioversion, dans les 2 cas, traitement par AVK pour une durée minimale de 3 à 4 semaines, ou au long cours si facteurs de risque (cf \*\*\*).



## REGULARISATION DU RYTHME SINUSAL

### 1° Cardioversion médicamenteuse

La tentative de cardioversion médicamenteuse peut être réalisée en ambulatoire, pour les traitements par voie orale, sous réserve d'un ECG de contrôle systématique entre le 7<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> jour.

La voie intra veineuse suppose l'hospitalisation du patient en cardiologie dans les centres hospitaliers de Dinan, Dinard ou Saint Malo.

- Recommandations pour une cardioversion pharmacologique d'une FA de moins de 7 jours

de plus de 7 jours

Anti-arythmique	Voie d'administration	Anti-arythmique	Voie d'administration
Flécaïnide	Per os ou IV	Amiodarone	Per os ou IV
Propafénone	Per os ou IV	Flécaïnide	Per os
Amiodarone	Per os ou IV	Propafénone	Per os ou IV
Quinidine	Per os	Quinidine	Per os
Digoxine	Per os ou IV	Sotalol	Per os ou IV
Sotalol	Per os ou IV	Digoxine	Per os ou IV

- Recommandations des doses médicamenteuses utilisées pour une cardioversion de FA

Anti-arythmique	Voie d'administration	Posologie
Amiodarone	Per os :	30 mg/kg en 1 prise ou 1.2 à 1.8g/j jusqu'à dose cumulée de 10g puis 200 - 400 mg/j
	IV :	5 – 7 mg/kg sur 30-60 min puis 1.2 à 1.8g/j IVSE
Flécaïnide	Per os	200 –300 mg/j
Propafénone	Per os :	450 – 600 mg/j
Quinidine	Per os :	0.75– 1.5 g /6–12 heures
	IV :	1.5 – 2.0 mg/kg sur 10 – 20 min

## 2° Cardioversion électrique

Le choix d'une cardioversion électrique (CEE), en dehors de l'urgence, suppose une hospitalisation programmée en service de cardiologie à Dinan ou Saint-Malo.

La nécessité d'une anesthésie générale, même de très courte durée, avec des drogues de demi vie courte justifie une consultation en externe avec un anesthésiste des deux centres hospitaliers, au moins 48 heures avant la réalisation du CEE.

Le bilan minimal comporte : INR sur 3 semaines, créatinémie, kaliémie, digoxinémie si poursuivie.

### Aspects techniques :

- Le CEE est nécessairement synchronisé sur le cycle cardiaque.
  - En première intention, les électrodes sont placées en position sous-claviculaire droite et apex du ventricule pour un CEE antéro-latérale. Les CEE antéro-postérieures sont plus efficaces avec une électrode sur le sternum et une autre au niveau de l'omoplate gauche.
  - Les ondes bi-phasiques permettent d'obtenir un meilleur taux de succès et avec une énergie délivrée moindre. Pour un CEE avec onde monophasique, l'énergie initiale recommandée est de 200J, puis 300 et enfin 360J en cas d'échec.
- Pour les porteurs de stimulateur ou de défibrillateur, les CEE sont réalisables, sans risque surajouté si certaines précautions sont prises. Les prothèses doivent être interrogées immédiatement après le CEE. Un CEE antéro-postérieur est préférable, pour éviter des élévations de seuil de stimulation. Enfin, l'électrode antérieure de CEE doit être placée le plus à distance de la prothèse.