

Le traitement antithrombotique de la fibrillation auriculaire*

par Jean Levasseur

M^{me} F. Adam, âgée de 76 ans, vous a été adressée par son médecin de famille en raison de tachyarythmies. Elle se plaignait de palpitations, et son médecin de famille a découvert qu'elle souffrait de fibrillation auriculaire. Elle est hypertendue et diabétique. Son examen physique révèle un rythme cardiaque irrégulier, qui s'élève à environ 134 battements par minute, et une tension artérielle de 174/84 mmHg. L'auscultation cardiopulmonaire est par ailleurs dans les limites de la normale.

Vous avez réussi à rétablir le rythme grâce à un traitement médicamenteux approprié, et vous devez maintenant décider s'il faut également prescrire à cette patiente un traitement anticoagulant.

LA FIBRILLATION AURICULAIRE (FA) est un facteur de risque non négligeable de thrombo-embolie en général, et d'accident vasculaire cérébral (AVC) en particulier. Lorsqu'une FA qui risque d'entraîner des complications n'est pas maîtrisée par un traitement anticoagulant, le taux annualisé d'AVC est d'environ 5 %¹.

Les indications d'une anticoagulothérapie sont claires dans la grande majorité des cas. Nous réviserons les recommandations actuelles en matière d'anticoagulothérapie qui sont destinées spécifiquement à la fibrillation auriculaire.

Les données actuelles en matière d'anticoagulothérapie devraient nous inciter à penser que tous les patients souffrant de FA qui devraient recevoir un traitement anticoagulant en reçoivent un effectivement. Toutefois, certaines données provenant de nos voisins du Sud devraient nous faire réfléchir. En effet, nous apprenons qu'en 1998-99, au sein d'une population âgée de 65 ans et plus qui avait accès à un programme de médicaments gratuits, seulement 55 % des patients ayant déjà subi un AVC et qui souffraient de FA recevaient de la warfarine. Rien ne dit si ces sujets étaient aussi soumis à un traitement anticoagulant efficace...² Les données actuelles sont probantes et ne nous laissent pas douter de l'utilité d'un traitement approprié en cas de FA.

* L'auteur peut être rejoint par courrier électronique à l'adresse suivante : <jean.levasseur@videotron.ca> pour tout commentaire ou toute question.

Le Dr Jean Levasseur, omnipraticien, exerce à l'unité de soins intensifs du Centre hospitalier régional de Lanaudière, à Joliette, et à l'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal.

T A B L E A U I

Facteurs de risque d'AVC

- Antécédents d'AVC ou d'ischémie cérébrale transitoire (ICT) (risque relatif [RR] de 2,5 à 2,9)
- Âge (RR de 1,6 à 1,8 par décennie)
- Antécédents d'hypertension artérielle (RR de 1,6 à 2,0)
- MCAS sous-jacente (RR de 1,5)
- Sexe féminin (RR de 1,6)
- Tension artérielle systolique isolée de ≥ 160 mmHg (RR de 2,3)
- Antécédents d'insuffisance cardiaque (RR de 1,4) lorsqu'il s'agit de FA sans valvulopathie

117

Facteurs de risque

Tout d'abord, il est très important de préciser que le risque de complication d'une FA paroxystique est identique à celui d'une FA persistante.

Plusieurs études portant sur de grandes populations ont permis de dégager des facteurs de risque associés à un taux d'AVC élevé. De ces études, on retient que c'est le patient

Tout d'abord, il faut bien préciser que le risque de complication d'une FA paroxystique est identique à celui d'une FA persistante.

R E P È R E

T A B L E A U II

Traitement antithrombotique en présence d'une FA chronique ou paroxystique (American College of Chest Physicians)

ÂGE	Facteurs de risque	Traitement
< 65	Aucun	Aspirine ou rien
65-75	Aucun	Aspirine ou warfarine
Tous âges	1 ou plus (incluant \geq 75 ans)	Warfarine sauf en cas de contre-indication claire

ayant des antécédents d'AVC ou d'accident ischémique transitoire qui est exposé au risque le plus élevé, le risque relatif se situant entre 2,5 et 3, suivi du patient âgé, l'incidence d'AVC passant de 1,5 % pour un patient âgé de 50 à 59 ans à 23,5 % pour un patient âgé de 80 à 89 ans¹. Les facteurs de risque sont énumérés au *tableau I*.

L'incidence des AVC est donc 5 fois plus élevée en présence de FA, 12 fois plus élevée en présence d'hypertension artérielle ou d'insuffisance cardiaque, et 17 fois plus élevée que le risque observé au sein de la population générale en présence d'une sténose mitrale³⁻⁵.

À notre connaissance, trois études ont porté sur la stratification du risque de thrombo-embolie auquel est exposé le patient ne souffrant pas d'affection valvulaire : celle de l'Atrial Fibrillation Investigators (PIAF, 2000), celle de l'American College of Chest Physicians (1998), et la Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF III, 1998). On retiendra de ces études qu'on ne devrait pas administrer de traitement anticoagulant au patient souffrant de FA âgé de 65 ans et moins qui ne présente aucun des facteurs de risque reconnus de thrombo-embolie, alors qu'il faudrait en prescrire à tous les autres. Cela revient à dire que, chez le patient de plus de 75 ans, le traitement anticoagulant s'impose, alors que chez le patient âgé de 65 à 75 ans qui ne présente pas de facteur de risque, on doit peser les risques d'un tel traitement contre ses avantages. Pour l'American College of Chest Physicians, ces patients se trouvent dans une classe de risque intermédiaire (*tableau II*).

Qui doit recevoir un traitement anticoagulant, à quel moment et de quelle façon ?

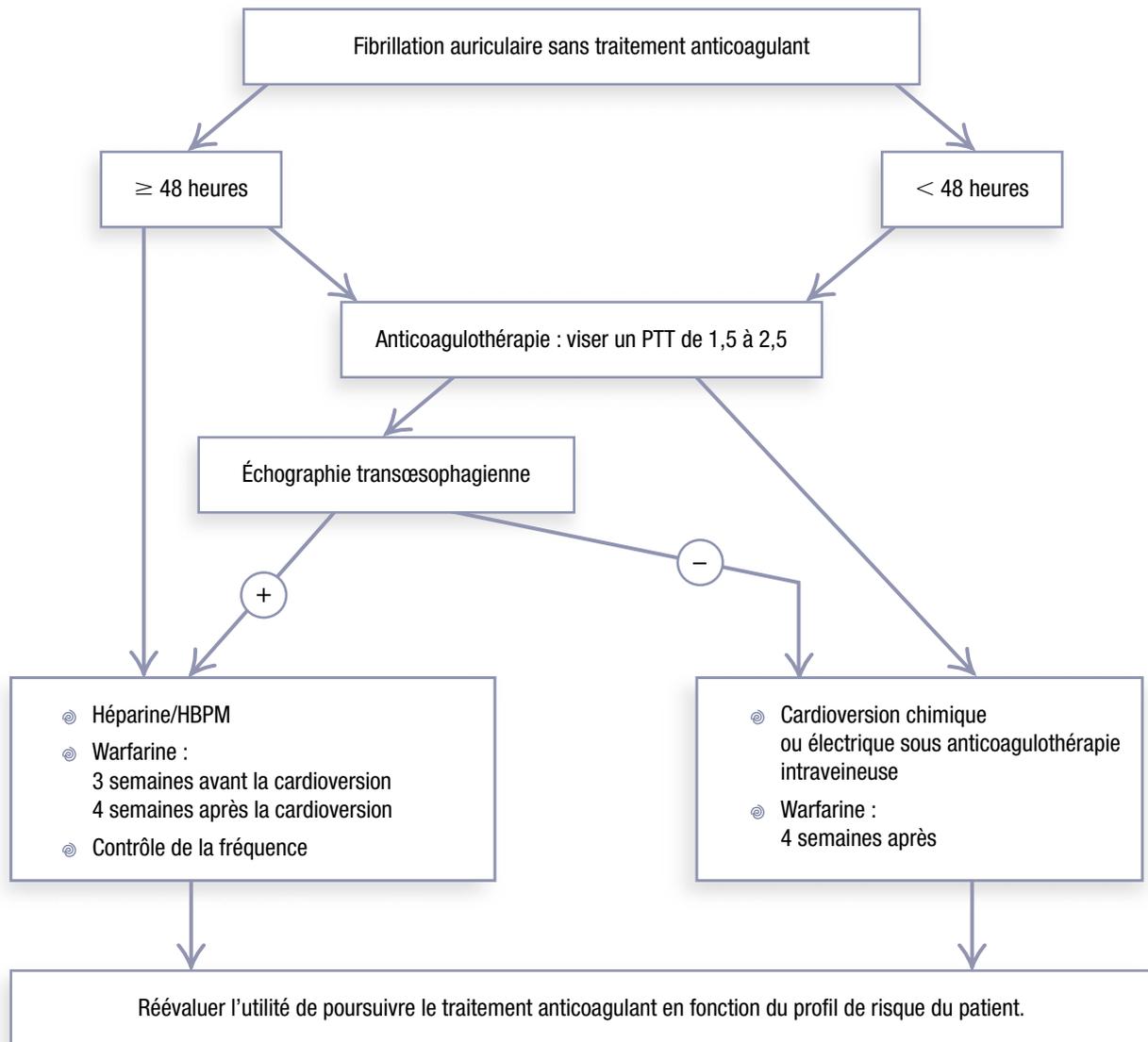
Le but de l'anticoagulothérapie est de tenter d'éviter une complication thrombo-embolique due à la FA ou suivant le retour en rythme sinusal. Nous devons donc administrer ce traitement à tous les patients qui présentent un facteur de risque et chez qui il n'existe aucune contre-indication à l'anticoagulothérapie. De plus, tous les patients qui seront soumis à une cardioversion électrique ou chimique devraient également recevoir un tel traitement.

En présence d'une FA qui dure depuis moins de 48 heures, la probabilité d'une complication thrombo-embolique est très faible. Chez ce groupe de patients, il est souhaitable de réaliser une anticoagulothérapie efficace (temps de prothrombine [PTT] entre 1,5 et 2,5) avec de l'héparine intraveineuse, suivie de la cardioversion. Le traitement anticoagulant devra ensuite être poursuivi pendant quatre semaines, l'oreillette ne reprenant son activité normale que quelques semaines après la cardioversion et le risque thrombo-embolique restant encore présent. Le rapport international normalisé (RIN) doit être maintenu entre 2,0 et 3,0. Au-delà de 3,0, les risques de saignements sont trop élevés. Rien n'indique qu'il serait souhaitable d'abaisser le RIN en dessous de 2,0, particulièrement chez les patients âgés, chez qui des saignements sont à craindre, car il s'agit du groupe de patients présentant le risque d'AVC le plus élevé et qui, de ce fait, profitera le plus du traitement antithrombotique.

Les facteurs de risque d'AVC en présence d'une FA sont la sténose mitrale, l'hypertension, des antécédents d'ICT-AVC, l'insuffisance cardiaque, l'âge avancé (\geq 75 ans) et la maladie cardiaque artérioscléreuse (MCAS).

R E P E R T

Algorithme de traitement proposé pour la prévention des complications thrombo-emboliques de la fibrillation auriculaire



En présence d'une FA installée depuis plus de 48 heures, la probabilité de complication thrombo-embolique est beaucoup trop élevée si l'on procède à une cardioversion sans administrer de traitement anticoagulant au préalable ou sans avoir pris certaines précautions. Deux options s'offrent à nous. On peut choisir d'administrer le traitement anticoagulant au patient et de ne procéder à la cardioversion élective que trois semaines plus tard (RIN entre 2,0 et 3,0),

ou on peut demander une échographie cardiaque transcesophagienne (ETO) afin de s'assurer que l'oreillette et l'appendice auriculaire sont exempts de tout signe qui permettrait de soupçonner la présence d'embolies, et procéder ensuite à la cardioversion sous anticoagulothérapie intraveineuse. Cette dernière avenue peut s'avérer particulièrement utile pour traiter et libérer les patients rapidement lorsqu'on peut obtenir une ETO sans délai (voir la figure).

Le choix du traitement antithrombotique

Dans le cas du patient qui ne présente pas de facteur de risque thrombo-embolique ou de celui chez qui la warfarine est contre-indiquée, on pourra n'administrer que de l'aspirine. Il s'agit ici du patient qui risque de ne pas observer le traitement ou chez qui un traitement pourrait poser problème, ou encore du patient qui risque des chutes, par exemple.

Dans le cas de tous les autres patients chez qui un traitement anticoagulant est indiqué, la warfarine reste le médicament de choix. Selon les recommandations actuelles, chez le patient exposé à un risque élevé, le traitement anticoagulant devrait être amorcé avec de l'héparine administrée par voie intraveineuse. Tel est le cas de tous les patients soumis à la cardioversion par des moyens chimiques ou électriques, en visant un PTT de 1,5 à 2,5. Des études en cours et des présentations faites au récent congrès de cardiologie européen nous laissent penser que l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) occupera bientôt une place importante dans le traitement initial de ces patients.

Pour le patient exposé à un faible risque de complication thrombo-embolique chez qui la cardioversion ne sera pas tentée initialement, il est raisonnable d'administrer une HBPM, comme cela se fait actuellement dans plusieurs milieux, car le risque annuel de complication reste très faible. Le traitement anticoagulant sera ensuite poursuivi avec de la warfarine, en visant un RIN de 2,0 à 3,0. Après quatre semaines de traitement anticoagulant, on devra réévaluer l'utilité de cette intervention compte tenu du profil de risque du patient (voir la figure).

Synthèse

Le profil de risque de M^{me} F. A. est élevé. Elle est âgée de 76 ans, elle est diabétique et hypertendue. Elle présente tous les facteurs nous permettant de croire qu'on devrait lui prescrire un traitement anticoagulant. À la suite de notre investigation, nous constatons qu'il n'existe chez elle aucune contre-indication à ce type de traitement. De plus, elle est active et compte bien le demeurer...

Puisqu'il n'est pas possible de déterminer chez cette patiente le moment exact où l'arythmie a débuté, nous décidons de procéder à une échographie transœsophagienne. On lui administre d'abord de l'héparine, après quoi on entreprend l'examen. Celui-ci ne révèle pas d'anomalie valvulaire ni de signe de thrombus, ni au niveau des oreillettes, ni à celui de l'appendice auriculaire. On décide donc d'ef-

S U M M A R Y

Antithrombotic treatment in atrial fibrillation. With more and more cases of atrial fibrillation to treat as our population is ageing, clinicians have to be familiar with current recommendations. Thrombotic complications can be disastrous and leave thousands of patients disabled every year. This article summarizes the current recommendations on an antithrombotic treatment for patients suffering of atrial fibrillation.

Key words : anticoagulation, atrial fibrillation, thromboembolic complications.

fectuer une cardioversion électrique, qui n'entraîne aucune complication. Au moment où elle quitte l'hôpital, on la prévient qu'elle doit poursuivre le traitement anticoagulant indéfiniment.

Le schéma de traitement proposé ici convient au patient dont l'état est stable. Le patient dont l'état n'est pas stabilisé fait l'objet d'une tout autre approche qu'il faudra explorer... ❧

Mots clés : anticoagulothérapie, fibrillation auriculaire, complications thrombo-emboliques.

Bibliographie

1. Albers G, Dalen JE, Laupacis A, Manning WJ, Petersen P, Singer DE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* janvier 2001 ; 119 (1) : 194S-206S.
2. Jencks SE, Cuedon T, Burwen DR, Fleming B, Houck PM, Kussmaul AE, et al. Quality of medical care delivered to medical beneficiaries. A profile at state and national level. *JAMA* 2000 ; 284 : 1670-6.
3. Falk RH. Atrial Fibrillation. *N Eng J Med* 5 avril 2001 ; 344 (14) : 1067-78.
4. The American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences. *JACC* août 2001 ; 38 (4) : 1-70.
5. Waktare JEP, Camm AJ. Acute treatment of atrial fibrillation: why and when to maintain sinus rhythm. *Am J Cardiol* 12 mars 1998 ; 81 (5A) : 3C-15C.



MedicAlert®

TOUJOURS LÀ
www.medicalert.ca

Pour plus de renseignements, composez le

1-866-848-3259