

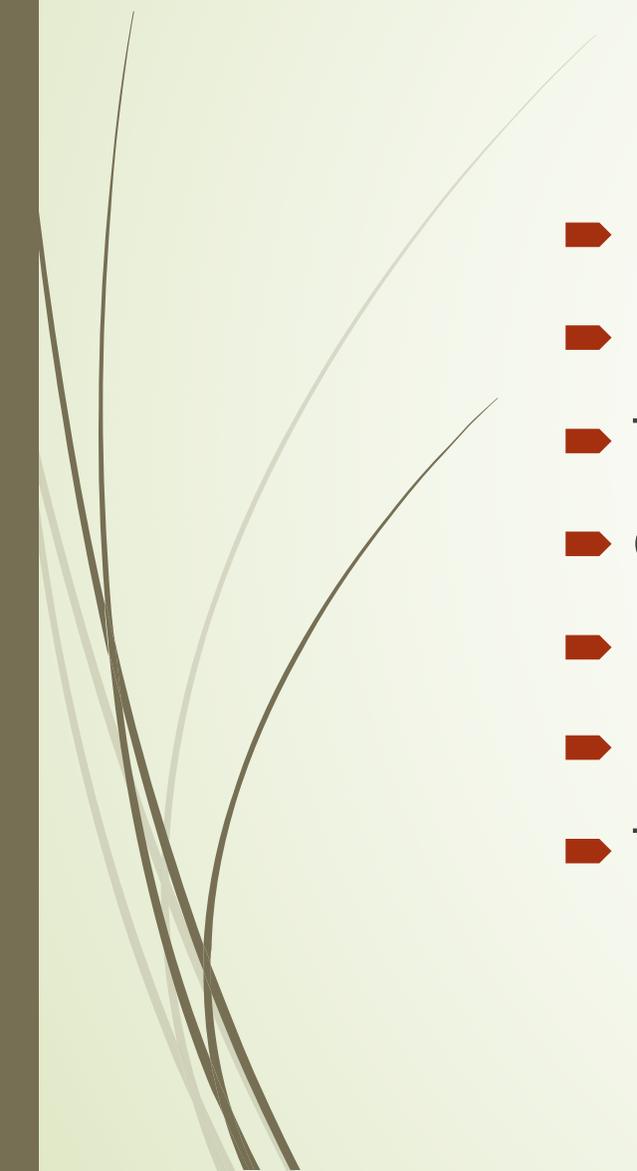


FIBRILLATION ATRIALE

SIMON Yann – Interne de médecine Générale



PLAN

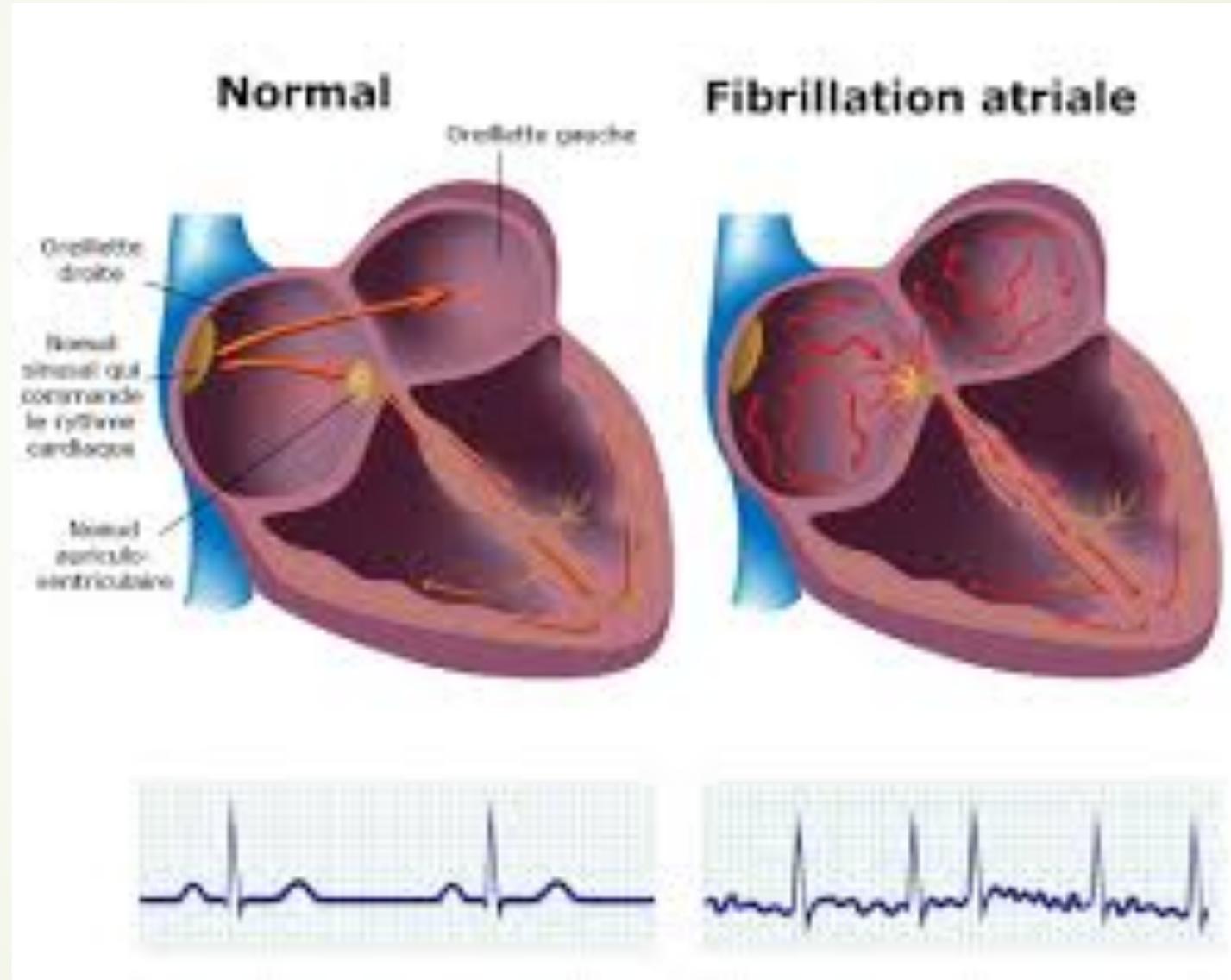
- Définitions
 - Physiopathologie
 - Terminologie
 - Clinique
 - ECG – Examens complémentaires
 - Risque thrombo embolique
 - Thérapeutique
- 



DEFINITIONS

- Fibrillation atriale ou auriculaire ou FA
 - Tachycardie non sinusale irrégulière = arythmie supraventriculaire (QRS fins)
 - Contraction anarchique et desynchronisée au sein des 2 oreillettes = perte efficacité hémodynamique
- 

PHYSIOPATHOLOGIE



PHYSIOPATHOLOGIE

- Epidémiologie
 - 1^{er} trouble du rythme
 - Prévalence croissante avec l'Age
 - 1/6 des AVC par embolie
- Conséquences Physiopathologique
 - Fonction chronotrope perdue
 - Risque d'insuffisance cardiaque au long cours
 - Risque TE par stase OG => Embolie systémique
- Evolution
 - Fibrose atriale
 - Dilatation OG => pérennise la FA

TERMINOLOGIE

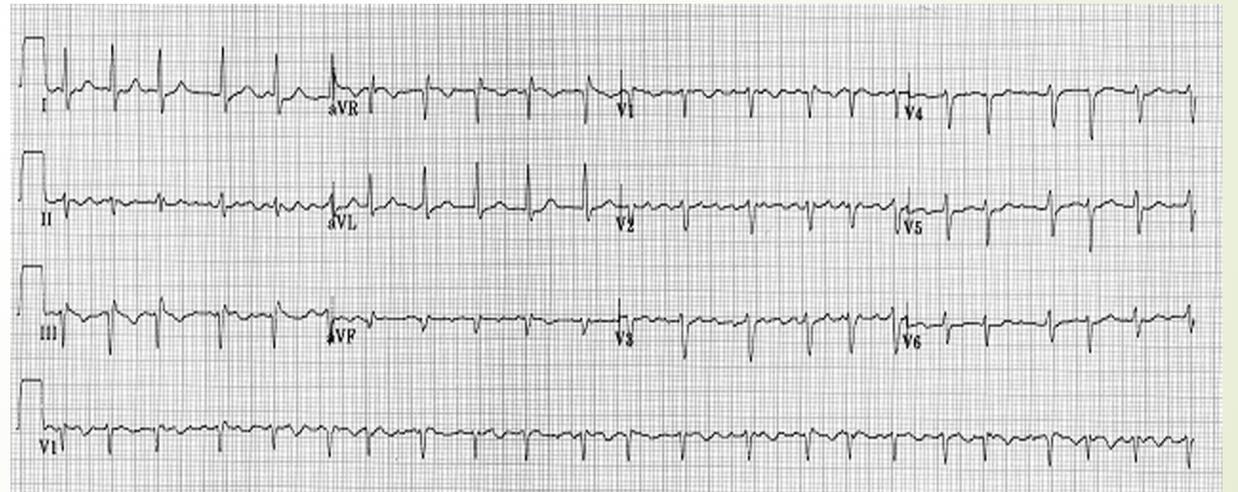
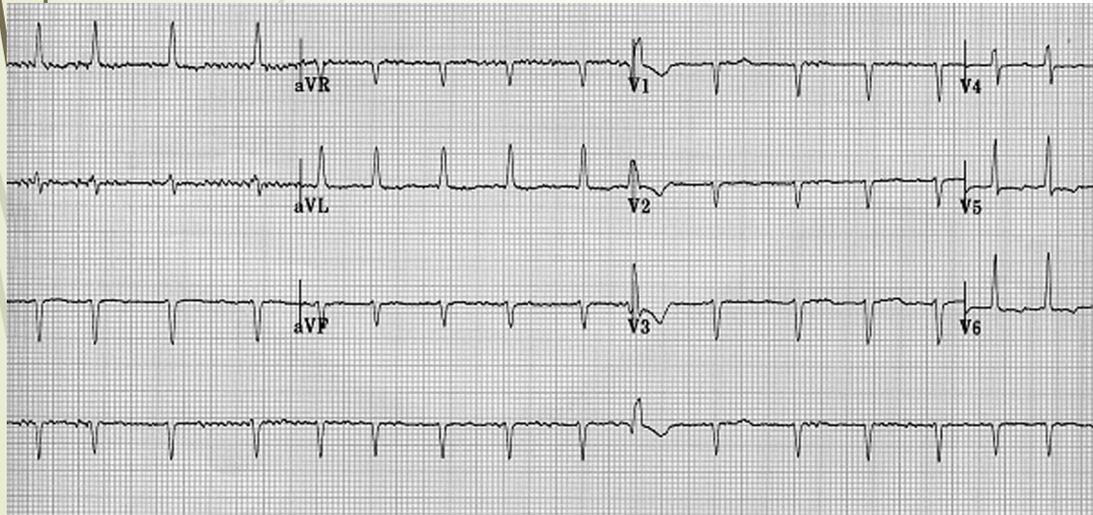
- Paroxystique
 - Retour RS < 7 Jours
- Persistante
 - retour RS > 7 jours / suite cardioversion
- Permanente
 - Echec cardioversion / cardioversion non tentée
- Premier Episode
 - Non classable
- Formes Particulières
 - Valvulaire

CLINIQUE

- ▶ Palpitations , dyspnée d'effort – hypersudation , angor fonctionnel, asthénie...
- ▶ FA isolée – palpitations – Cœur Normal
 - ▶ H 50 ans sportif / Palpitations vespéral / Angor
- ▶ FA – Insuffisance cardiaque
 - ▶ Sequelles Post IDM – CMD ou Hypertensive : Clinique OAP
- ▶ FA Valvulaire
 - ▶ Typique : FA sur maladie mitrale qui aggrave les symptomes
- ▶ Embolie artérielle – Révélatrice de la FA
 - ▶ FA méconnue Femme + FDRCV

ECG – EXAMENS COMPLEMENTAIRES

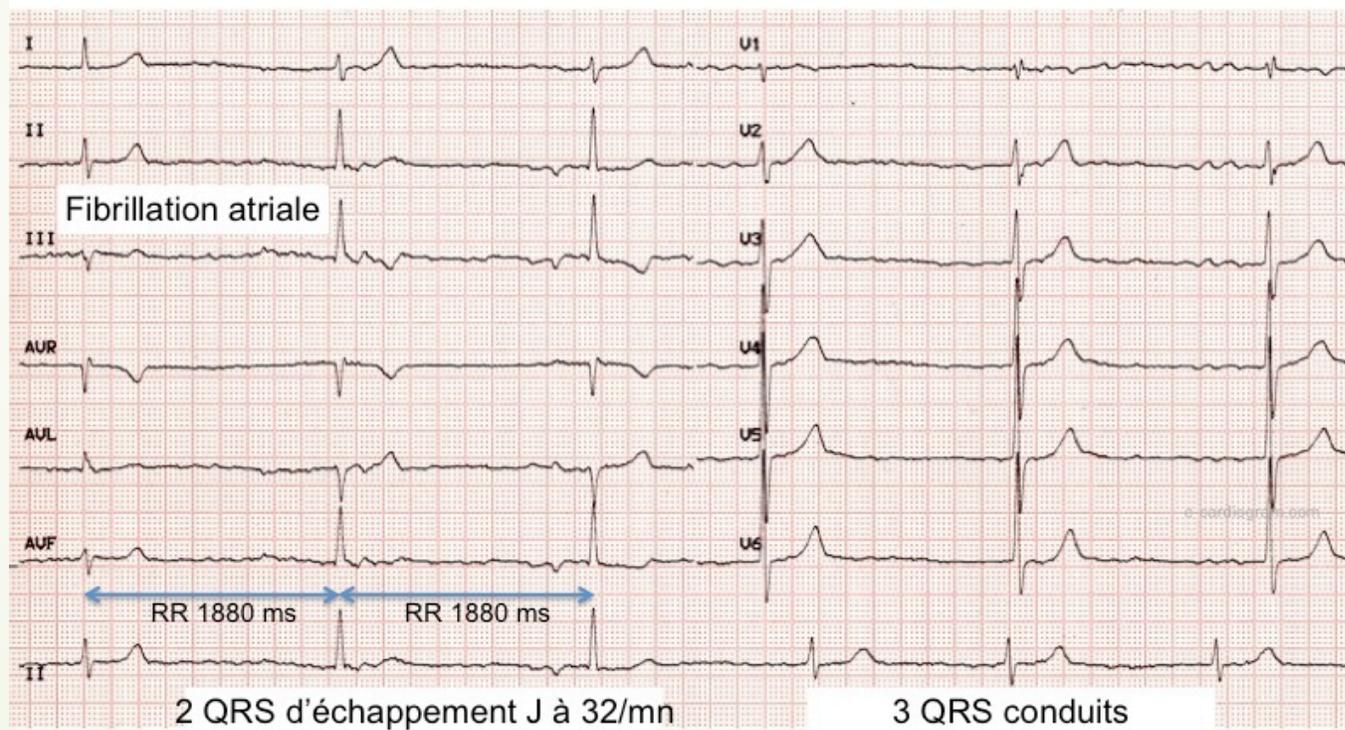
- Tachycardie à petites mailles et QRS fins (larges si BDB)
- FA à grosse mailles
- FA à QRS lents et réguliers : FA+BAV complet



ECG EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Brady-arythmie

(FA avec BAV de haut degré)





EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Biologie
 - NFS – Ionogramme Sang – Creatininémie - BNP-Troponine- TSH –TP TCA
 - Radio Tx
 - GDS
- Echographie Trans Thoracique
 - En urgence si FA mal tolérée
 - A distance avec FEVG

RISQUE THROMBO EMBOLIQUE

score CHA₂DS₂-VASc (chez les patients atteints de fibrillation atriale)

C	IC* congestive/dysfonction ventriculaire gauche	1
H	HTA**	1
A	âge ≥ 75 ans	2
D	diabète	1
S	AVC / AIT / TV ***	2
V	maladie vasculaire	1
A	âge [65 - 74 ans]	1
Sc	sexe féminin	1

*IC = insuffisance cardiaque

**HTA = hypertension artérielle

***AIT = accident ischémique transitoire

AVC = accident vasculaire cérébral

TV = thrombose veineuse

score HAS-BLED (chez les patients atteints de fibrillation atriale)

H	HTA*	1
A	fonction rénale anormale	1
	fonction hépatique anormale	1
S	AVC**	1
B	Hémorragie	1
L	INR** instable	1
E	âge > 65 ans	1
D	IAM****/Alcool	1 ou 2

*HTA = hypertension artérielle

**AVC = accident vasculaire cérébral

***INR = international normalized ratio

****IAM = interaction médicamenteuse

(ex anti-agrégants plaquettaire, AINS, ...)

RISQUE THROMBOEMBOLIQUE

score CHA2DS2-VASc	Prise en charge médicamenteuse
≥ 2	traitement anticoagulant : AOD ou AVK
1	traitement anticoagulant : AOD ou AVK ou traitement antiagrégant plaquettaire *
0	PAS de traitement anticoagulant

* Préférer un traitement anticoagulant

RISQUE HEMORRAGIQUE

➤ HAS BLED

- Un score **supérieur ou égal à 3** sur 9 signifie un ***haut risque hémorragique***, **MAIS ne contre indique pas un traitement par anticoagulant** chez les patients éligibles.
- éviction ou prise en charge des facteurs de risque lorsque c'est possible
- respect des précautions et recommandations d'emploi
- surveillance plus rapprochée des patients

THERAPEUTIQUE

➤ Découverte ACFA

➤ AC Efficace par HNF ou HBPM

➤ Sauf si CHA2DS2VaSc \leq 1 / Si cardioversion prévue

➤ Sauf Si AVC constitué

➤ PEC Tachycardie

➤ Bonne tolérance

➤ BB IV : atenolol / IC : verpamil ou diltiazem

➤ OAP/HypoTA

➤ (Lasilix O2 Risordan)

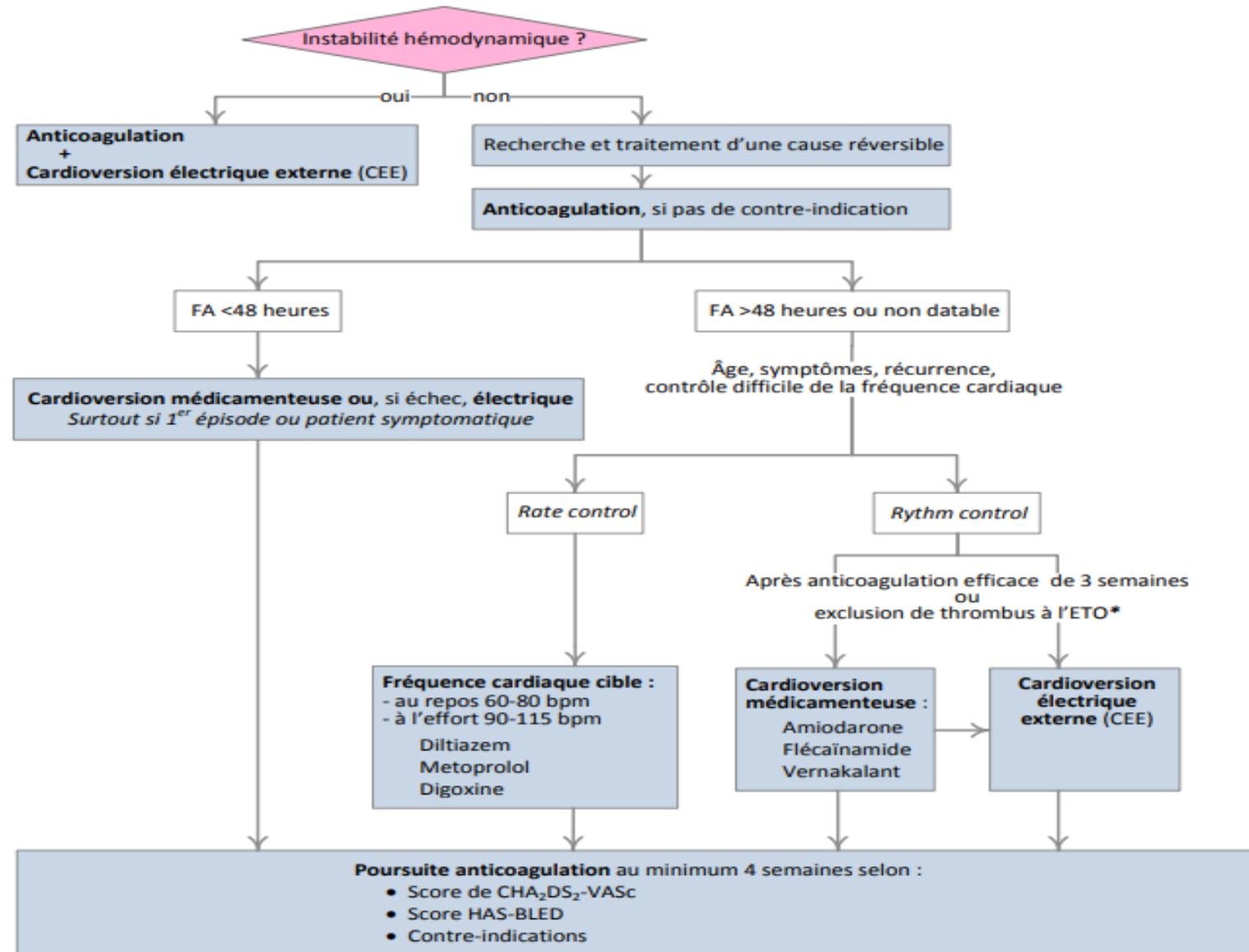
➤ Digoxine 0,5/4h

➤ Si nécessaire Amiodarone IV 5mg/kg/12h puis 50mg/h pendant 24h (si echec : CEE à envisager)

➤ IDM / Hemodynamique instable

➤ Dobutamine +/- CEE (post ETO)

THERAPEUTIQUE



* ETO : Echocardiographie trans-œsophagienne

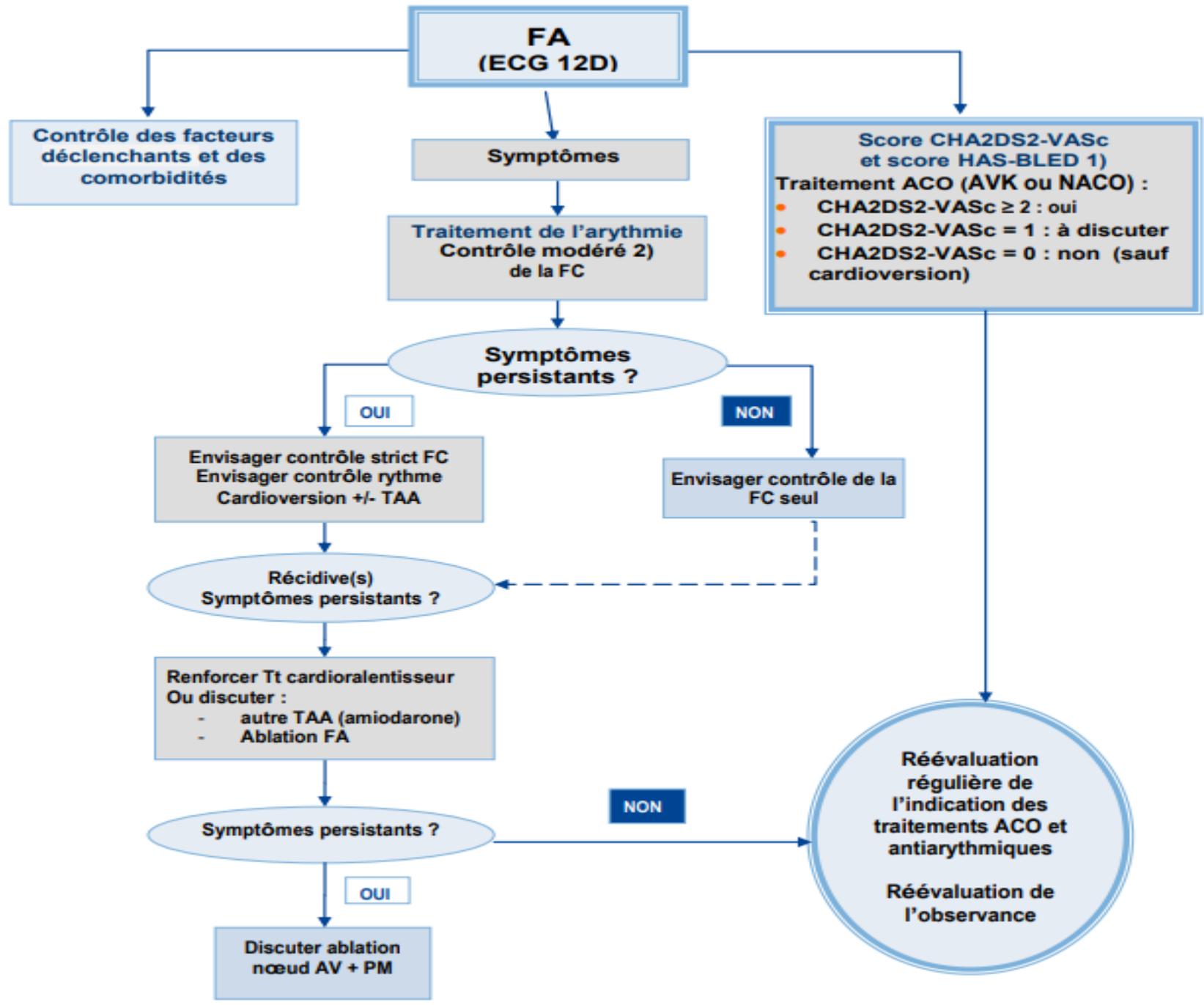
THERAPEUTIQUE

- Contrôle Rythme au long cours
 - Pas d'insuffisance cardiaque
 - Sotalol ou flecaïne
 - Si FC < 100 bpm relais par BB ou IC
 - Insuffisance cardiaque / TSH ok
 - Amiodarone
 - Si FC < 100 bpm relais par BB ou IC
 - Ablation NAV

- TAA de maintien du rythme sinusal
 - flécaïnide et la propafénone (antiarythmiques de classe 1)
 - l'amiodarone et le sotalol (antiarythmiques de classe 3)

Tableau 1. Médicaments antiarythmiques

AA	TAA Dose (mg/j)	Principales contre-indications et précautions	ECG imposant une diminution/ interruption	Frein du nœud A-V
Flécaïnide Flécaïnide LP	100-200 mg x 2 200 x 1	Contre-indiqué si IC, I. coronarienne ou trouble de la conduction cardiaque <i>Posologie réduite si insuffisance rénale</i> <i>(DFG < 30 mL/min)</i>	Élargissement du QRS > 25 % par rapport à l'état basal	Non
Propafénone	150-300 mg x 3	Contre-indiqué si IC, I. coronarienne ou trouble de la conduction cardiaque <i>Augmentation de l'effet anticoagulant</i> <i>Posologie réduite si insuffisance rénale</i> <i>(DFG < 30 mL/min) ou insuffisance hépatique</i>	Élargissement du QRS > 25 % par rapport à l'état basal	Léger
DI-Sotalol	80-160 mg x 2	Contre-indiqué si IC, I. coronarienne ou trouble de la conduction cardiaque et IR sévère (DFG < 10 mL/min) <i>Posologie réduite si insuffisance rénale</i> <i>(DFG < 30 mL/min)</i>	QT > 480 ms	À forte dose
Amiodarone	600 mg x 1 pdt 4 sm 400 mg x 1 pdt 4 sm 200 x 1	Seul autorisé en cas d'IC Prudence en cas de traitement associé par des médicaments prolongeant l'intervalle QT <i>Augmentation de l'effet anticoagulant</i> <i>Surveillance dosage de la TSH indispensable</i>	Allongement marqué de QT	10-12 bat/min dans FA
Disopyramide	100-250 mg x 3	Contre-indiqué si IC Prudence en cas de traitement associé par des médicaments prolongeant l'intervalle QT <i>Posologie réduite si insuffisance rénale</i> <i>(DFG < 30 mL/min) ou insuffisance hépatique</i>	Allongement marqué de QT	Non



THERAPEUTIQUE

- Poursuite AC
- AVK
 - Si Clairance < 15 / INR stable / Personne âgée
 - INR : 2-3
- NACO
 - Si clairance < 30 : Xarelto 15mg/J

Tableau 2. Prise en charge thérapeutique* de la FA (patient stable) : traitement ACO selon le score CHA2DS2-VASc**Traitement antithrombotique : médecin traitant et/ou cardiologue**

Étapes	CHA2DS2-VASc = 0	CHA2DS2-VASc = 1	CHA2DS2-VASc = 2 et +	FA valvulaire ⁵
Évaluation du risque TE Évaluation du risque hémorragique	Pas de Tt ACO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tt ACO : AVK avec INR 2-3 ou NACO (anti-Xa** ou antithrombine**) ■ Pas de Tt ■ Aspirine/clopidogrel (ou aspirine seule) si refus ACO 	Tt ACO <ul style="list-style-type: none"> ■ AVK avec INR 2-3 ■ NACO (anti-Xa ou antithrombine**) 	Toujours AVK INR cible fonction de la valvulopathie/prothèse

Éducation du patient : tous les professionnels de santé

Évaluation des symptômes (score EHRA)	Implication du patient dans sa prise en charge : tous les professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> ■ Observance médicamenteuse, activité physique et règles alimentaires ; connaissance des signes d'alerte ETP indispensable si ACO : AVK (INR) et NACO : tous les professionnels de santé
---------------------------------------	--

Traitement de contrôle de la fréquence et du rythme cardiaques

Contrôle de la FC toujours Contrôle du rythme si indiqué Avec surveillance régulière de l'ECG par cardiologue +++ Après avoir informé le patient des risques +++	<ul style="list-style-type: none"> ■ β-bloquant en première intention (sauf sotalol) : médecin traitant et/ou cardiologue ■ En seconde intention : vérapamil ou diltiazem, en l'absence d'IC : médecin traitant et/ou cardiologue ■ En seconde intention : amiodarone si IC : cardiologue <ul style="list-style-type: none"> ■ Cardioversion électrique ou pharmacologique avec dose de charge débutée à l'hôpital sous traitement ACO***: cardiologue ■ Traitement d'attaque par amiodarone en ambulatoire sous traitement ACO avec surveillance ECG : médecin traitant après avis du cardiologue et sous conditions ■ « Pilule dans la poche » lors de la survenue de l'épisode de FA : patient après évaluation hospitalière Tt de maintien du rythme sinusal : <ul style="list-style-type: none"> - en l'absence d'I. coronarienne ou d'I. cardiaque : flécaïnide ou propafénone ou sotalol (4 semaines ou indéfini) : cardiologue puis médecin traitant - si I. coronarienne : sotalol, (amiodarone en 2^e intention) ; si IC : amiodarone : cardiologue puis médecin traitant Ablation endocavitaire (avec ACO pendant 3 mois minimum) : cardiologue expérimenté en rythmologie interventionnelle en 2 ^e intention si FA symptomatique malgré traitement médical optimal de contrôle du rythme et de la fréquence ; en 1 ^{ère} intention si flutter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise en charge par cardiologue expérimenté
Contrôle des facteurs de survenue de FA	Traitement d'I. coronarienne, I. cardiaque, diabète, HTA : médecin traitant et/ou cardiologue	