



Référence : UF2300/32		Titre : Fibrillation auriculaire aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/8	
		Date d'émission : 01/07/2022 Date dernière révision :	
Rédaction : Nom : HO KEE KING Diana Fonction : Interne	Vérification : Nom : FREMERY Alexis Fonction : CCU - AH	Vérification : Nom : CHARBONNIER Jeanne Fonction :	
Approbation : Nom : DESCHAMPS Camille Fonction : PHC	Approbation : Nom : PUJO Jean Fonction : Chef de Service	Approbation : Nom : Fonction :	
Ont collaboré à la rédaction :		Visa qualité :	
Services concernés par application : Service des urgences, SAMU			
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi			



I- OBJET

Prise en charge d'une fibrillation atriale aux urgences :
Contrôle du rythme et de la fréquence cardiaque – Anticoagulation – Cardioversion

II- PERSONNES CONCERNÉES

- IDE
- Médecins

III- TEXTE DE REFERENCE

- *Recommandations ESC 2020 sur la fibrillation atriale : prévention des risques thromboemboliques et hémorragiques de Christophe Leclercq Service de Cardiologie et Maladies Vasculaires, CHU Pontchaillou, Rennes*
- *Management of Atrial Fibrillation in Emergency Medicine. French Society of Emergency Medicine (SFMU) Guidelines with the Contribution of the French Society of Cardiology (SFC) de P. Taboulet • J. Duchenne • H. Lefort • C. Zanker • P. Jabre • J.-M. Davy • J.-Y. Le Heuzey • O. Ganansia et les membres de la commission des référentiels de la SFMU.16 juillet 2015*

IV- DEFINITIONS

Fibrillation atriale (FA) : une tachycardie irrégulière, d'origine supraventriculaire, due à une activité électrique rapide (400–600/min) anarchique des oreillettes avec perte de leur efficacité hémodynamique.

Référence : UF2300/32	Titre : Fibrillation auriculaire aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :2/8
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 01/07/2022 Date dernière révision :

Types :

- **Paroxystique** : retour spontané en rythme sinusal en moins de 7 jours
- **Persistante** : retour spontané en rythme sinusal au-delà de 7 jours et/ou suite à une action de cardioversion (par médicament ou par choc électrique)
- **Permanente** : si échec de cardioversion ou si la cardioversion n'est pas envisagée
- **Premier épisode** : pas encore classable

V- DESCRIPTION

1. Diagnostic : ECG

Durée de l'épisode > 30s

- Absence d'onde P sinusale
- Ondes F
- Intervalles R-R totalement irréguliers
- Complexes QRS rapides (100-150/min)
- QRS fins



2. Manifestations cliniques : Palpitations, Angor, Dyspnée, Syncope

3. Causes réversibles

- Hyperthyroïdie
- Troubles ioniques : hypokaliémie
- Maladie pulmonaire : Pneumopathie, Embolie pulmonaire
- Hyperthermie
- Toxiques : alcool, monoxyde de carbone, cocaïne, amphétamine
- Hypovolémie
- Anémie
- Sepsis
- Acidocétose
- Épanchement péricardique, Myocardite

4. Complications

- Risque thromboembolique
- Risque d'insuffisance cardiaque
- Risque de cardiomyopathie rythmique ou maladie rythmique auriculaire

5. Bilan initial obligatoire

- **ECG** : diagnostic positif
- **Échocardiographie (DECT Cardio : 4116)** : recherche de valvulopathie, dilatation des cavités cardiaques,
- **Bilan biologique** : ionogramme sanguin, créatininémie, TSH, NFS-plaquettes, bilan hépatique, hémostase

Référence : UF2300/32	Titre : Fibrillation auriculaire aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :3/8
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 01/07/2022 Date dernière révision :

- **Radiographie pulmonaire de face** : recherche de cardiomégalie, œdème aigu du poumon

6. Prise en charge

Les stratégies de la prise en charge de la FA ont pour but :

- **« Rythm control »**

Restaurer et maintenir le rythme sinusal par antiarythmique et cardioversion médicamenteuse ou électrique (CEE)

La cardioversion pharmacologique est possible uniquement chez les patients hémodynamiquement stables et sans maladie cardiaque grave. Elle est systématique chez les patients hémodynamiquement instable

- **« Rate control »**

Contrôler la fréquence cardiaque avec pour cible :

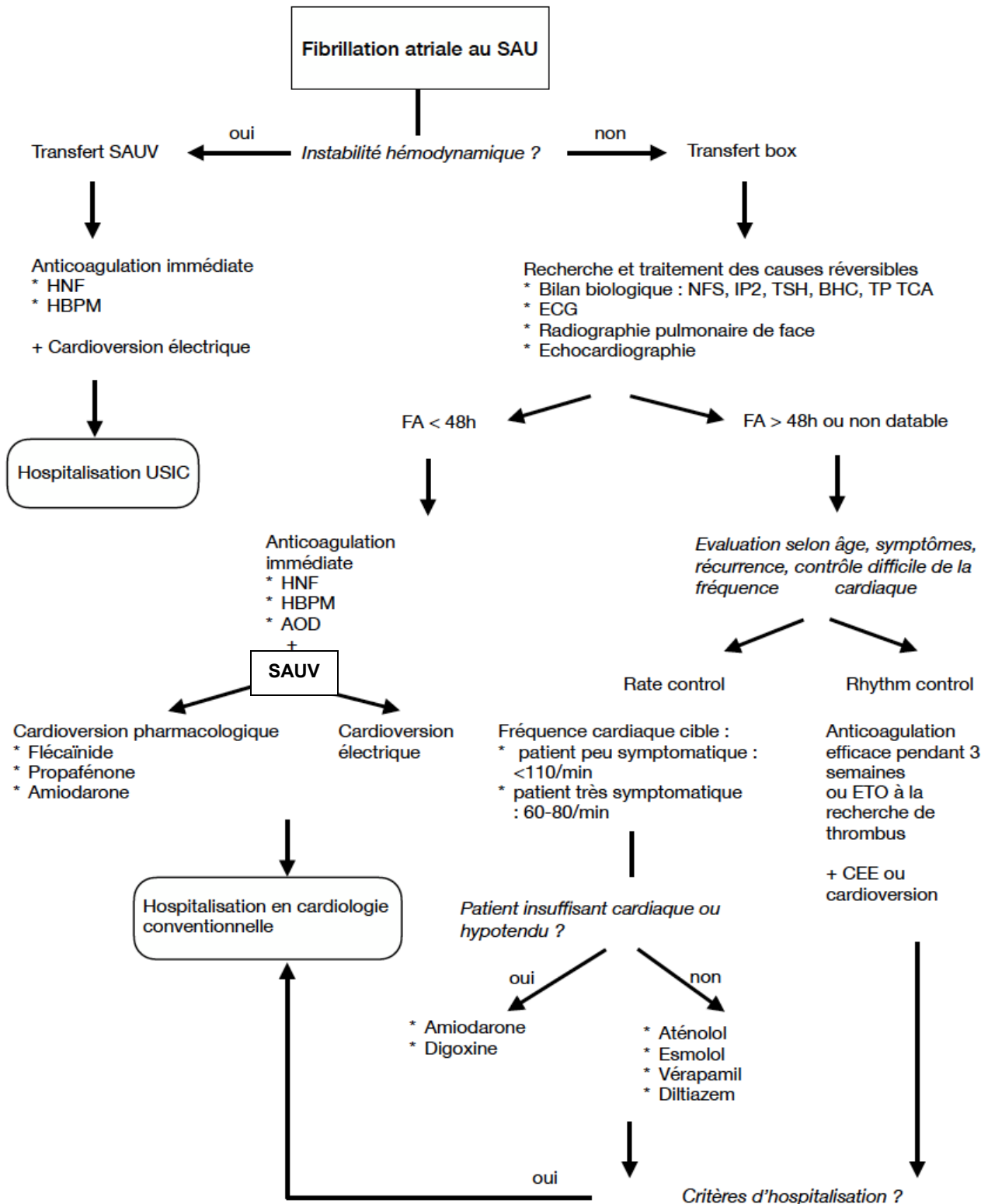
- Contrôle modérée chez patient peu symptomatique : **<110/min au repos**
- Contrôle strict chez patient très symptomatique : **60-80 /min au repos et 90-115/min à l'effort**

- **Prévention du risque thromboembolique par anticoagulation**

Instauration de l'anticoagulation à discuter en fonction de l'évaluation du risque thromboembolique (score de CHADS-VASc si FA non valvulaire) et du risque hémorragique (score de HAS-BLED)

Chez patient porteur d'une prothèse valvulaire : AVK systématique

Chez patient au cœur sain : AOD en première intention selon score de CHADS-VASc

7. Algorithme de prise en charge d'une fibrillation auriculaire

Poursuite de l'anticoagulation au minimum 4 semaines, puis réévaluation du traitement selon :

- score de CHA2DS2-VASc
- score de HAS BLED
- Contre indications

Référence : UF2300/32	Titre : Fibrillation auriculaire aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :5/8
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 01/07/2022 Date dernière révision :

VI- ANNEXES

1. Score de CHA2DS2-VASc

		Nombre de points
C	Insuffisance cardiaque congestive ou dysfonction du ventricule gauche	1
H	Hypertension artérielle contrôlée ou non	1
A₂	Âge compris entre 65 et 74 ans	1
	Âge ≥ 75 ans	2
D	Diabète	1
S₂	Accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou événement thromboembolique (<i>stroke</i>)	2
Va	Pathologies vasculaires telles qu'antécédent d'infarctus, artériopathie périphérique ou plaque aortique	1
Sc	Sexe féminin	1

Score >2 : anticoagulation orale

Score = 1 pour les hommes, 2 pour les femmes : anticoagulation orale à envisager, à mettre en balance avec le risque hémorragique, le risque d'AVC et les préférences du patient

Aucun facteur de risque : pas de traitement antithrombotique.

2. Score de HAS-BLED

		Nombre de points
H	Pression artérielle systolique non contrôlée > 160 mmHg	1
A	• Maladie hépatique chronique (ex. : cirrhose) ou preuve biochimique de perturbation hépatique significative (ex. : bilirubine > 2 fois la limite supérieure de la normale, en association avec l'aspartate-aminotransférase/alanine-aminotransférase/phosphatase alcaline > 3 fois la limite supérieure normale, etc.)	1 point chacun
	• Hémodialyse ou transplantation rénale ou créatinine sérique ≥ 200 µmol/ml	
S	Antécédent d'accident vasculaire cérébral, en particulier lacune (<i>stroke</i>)	1
B	Antécédent de saignement ou prédisposition à une hémorragie, à de l'anémie, etc.	1
L	INR instables ou de nombreuses fois en dehors de l'intervalle thérapeutique	1
E	Personne âgée (âge > 65 ans)	1
D	• Médicaments : antiplaquettaires, anti-inflammatoires non stéroïdiens, etc.	1 point chacun
	• Abus d'alcool	

Risque hémorragique élevé si score > 3

Référence : UF2300/32	Titre : Fibrillation auriculaire aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :6/8
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 01/07/2022 Date dernière révision :

3. Protocole pour la cardioversion électrique

La cardioversion électrique est la méthode la plus efficace pour rétablir le rythme sinusal et les complications sont rares.

Les recommandations de la SFMU en 2015 préconisent [2]:

- un défibrillateur externe biphasique ;
- un positionnement antéropostérieur des électrodes, de préférence au positionnement antérolatéral ;
- une énergie initiale (courant biphasique) de 200 Joules pour une FA (entre 120 et 200 Joules pour un flutter). En cas d'échec d'un premier choc, une énergie supérieure est recommandée ;
- un choc synchrone avec les complexes QRS, afin de prévenir l'apparition d'une arythmie ventriculaire ;
- un positionnement des électrodes à distance d'un éventuel dispositif implanté (pacemaker, défibrillateur) et un contrôle du dispositif après cardioversion ;
- une sédation brève dans les conditions techniques de sédation avant d'effectuer un CEE chez un patient conscient. Le propofol est le médicament de choix pour cette sédation (administration IV lente et titrée de 0,5 à 0,8 mg.kg-1) ;
- une induction en séquence rapide avec intubation orotrachéale doit être envisagée dans les situations à haut risque d'inhalation (obésité, grossesse, hernie hiatale, diabète et prise récente d'aliments solides) ou en cas de défaillance cardiaque gauche aiguë lorsqu'une sédation prolongée est prévisible ;
- une surveillance post sédation avec monitoring du rythme est recommandée pendant trois heures.

Une cardioversion électrique est contre-indiquée en cas de FA secondaire à une intoxication digitalique ou à une hypokaliémie

4. Médicaments utilisés dans la cardioversion médicamenteuse

Flécaïnide	2 mg/kg en 10 min puis relais P.O 12h après Réduite à 1mg/kg chez sujets fragiles
Amiodarone	5 mg/kg sur 1h, puis 50 mg/h en dose d'entretien jusqu'à la cardioversion ou jusqu'à la 24 ^e h

5. Médicaments utilisés pour le contrôle de la fréquence cardiaque

Référence : UF2300/32	Titre : Fibrillation auriculaire aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :7/8
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 01/07/2022 Date dernière révision :

Bêtabloquants

- Aténolol (Tenormine®) : 5 à 10 mg i.v. (1 mg/min), injection suivie, si la tolérance est bonne, 15 minutes plus tard par 50 mg p.o.
- Esmolol (Brevibloc®) : 0,5 mg/kg i.v. en 1 minute, injection suivie d'une perfusion, à doses croissantes si besoin, de 50 à 300 µg/kg par minute. Demi-vie courte de 2 à 9 minutes

Inhibiteurs calciques

- Diltiazem (Tildiem®) [hors AMM] : 0,25 à 0,3 mg/kg en i.v. sur 2 minutes, renouvelable une fois si fréquence cardiaque cible non atteinte. Puis, relais p.o. par 60 mg, trois fois par jour.
- Vérapamil (Isoptine®) [hors AMM] : 5 à 10 mg en i.v. sur 2 minutes, renouvelable une fois si fréquence cible non atteinte après 10 minutes. Puis, perfusion de 5 mg/kg par minute ou 15 mg dans 250 ml de glucosé à 5 % sur 8 heures ou relais p.o. par vérapamil 120 mg

Digitalique

- Digoxine (Digoxine®) : 0,25 mg i.v. lente toutes les 2 heures ou 0,5 mg i.v. lente toutes les 4 heures, jusqu'au maximum 1,5 mg en 24 heures. Puis, relais p.o. par 0,125 à 0,375 mg, 1 fois par jour

Amiodarone

- Amiodarone (Cordarone®) : 5 mg/kg en i.v. sur 1 heure, puis 50 mg/h en entretien jusqu'à fréquence cardiaque ≤ 100 bpm (ou cardioversion). Relais p.o. par 600 mg en une prise par jour, puis à dose décroissante après plusieurs jours. L'amiodarone i.v. entraîne un risque de cardioversion.

6. Anticoagulants oraux directs

AOD	Posologie	Adaptation de posologie	Pic/demi-vie
Dabigatran Pradaxa®	150 mg par 12 h	110 mg par 12 h • si âge > 80 ans ou prise de vérapamil ; • éventuellement entre 75 à 80 ans, ou si DFG 49–30 ml/min, gastrite, œsophagite ou reflux gastro-œsophagien, risque augmenté de saignement	3 h/12–17 h
Rivaroxaban Xarelto®	20 mg par 24 h	15 mg par 24 h • éventuellement si risque de saignement ; • si DFG : 49–15 ml/min	3 h/5–13 h
Apixaban Eliquis®	5 mg par 12 h	2,5 mg par 12 h • si deux critères (âge ≥ 80 ans, poids ≤ 60 kg, créatinine ≥ 133 µmol/l) ; • ou si DFG : 30–15 ml/min	3 h/9–14 h

7. Antivitamine K

Antivitamine K	Posologie initiale (mg/jour)	Posologie habituelle sujets âgés (mg/jour)	Demi-vie (en heures)
Warfarine Coumadine® 2 et 5 mg	5	3	35–80
Fluindione Préviscan® 20 mg	20	10 à 15	30–40
Acénocoumarol Sintrom® 4 mg Minisintrom® 1 mg	4	2 à 3	10

8. Indications d'hospitalisation

Référence : UF2300/32	Titre : Fibrillation auriculaire aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :8/8
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 01/07/2022 Date dernière révision :

FA	Pathologie cardiovasculaire	Pathologie intercurrente	Terrain complexe
Mauvaise tolérance hémodynamique	Cardiopathie (ischémique, etc.)	Décompensation (bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, etc.)	Grand âge Polymédication
Insuffisance cardiaque	FA valvulaire	Métabolique (thyroïde, reins, etc.)	Insuffisance rénale ou hépatique
Cadence ventriculaire rapide	Péricardite Embolie pulmonaire	Sepsis	Hémopathie ou cancer
Complication (embolique ou hémorragique)	Maladie de l'oreillette	Intoxication Iatrogénie	Observance douteuse Conditions sociales défavorables
FA récente < 48 heures (cardioversion)	Préexcitation ventriculaire	Chirurgie urgente	