

# Ce que je fais devant un premier accès de fibrillation atriale

## JOURNAL //

## ARTICLE

### Rythmologie et rythmo interventionnelle

Publié le 5 Jan 2015

A. SAVOURÉ, CHU Ch. Nicolle, Rouen

La fibrillation atriale (FA) est une pathologie fréquente, représentant le premier trouble du rythme cardiaque. Sa prévalence augmente avec l'âge atteignant environ 1 % de la population à 60 ans et jusqu'à 10 % au delà de 80 ans. Elle est parfois responsable de symptômes invalidants, multiplie par deux la mortalité et entraîne un risque thrombo-embolique, notamment cérébral, accru, nécessitant une prise en charge spécifique, discutée au cas par cas, mais guidée par les recommandations ACC/AHA/ESC publiées en 2010 et utilisées dans cet article. Devant un premier accès de FA, le praticien doit se poser trois questions principales :

- Quelle prise en charge immédiate ?
- Quelle prévention du risque embolique ?
- Quelle stratégie rythmique ?

### Prise en charge initiale

Il faut noter que les études montrent un **retour spontané en rythme sinusal dans 40 à 60 % des cas à 24h si la FA est de survenue récente.**

L'électrocardiogramme va poser le diagnostic de FA.

L'évaluation clinique (symptômes, pression artérielle, recherche de signes d'insuffisance cardiaque) évalue le retentissement de l'arythmie orientant le mode de prise en charge initial.

La prévention du risque thrombo-embolique sera traitée plus bas.

Dans tous les cas, un bilan complémentaire minimal initial doit être organisé lors du premier accès de FA afin de rechercher des pathologies associées et des facteurs favorisants éventuels. Selon la tolérance de l'arythmie, celui-ci est réalisé soit en ambulatoire, soit lors de l'hospitalisation.

La HAS recommande un bilan biologique comprenant TSH, glycémie, créatininémie, kaliémie, hémogramme, plaquettes, TP. **Une échocardiographie doit également être réalisée à la recherche d'une cardiopathie sous-jacente.** Une radiographie pulmonaire est discutée au cas par cas.

### Si l'arythmie est mal tolérée, une hospitalisation est nécessaire

En cas d'insuffisance cardiaque, une oxygénothérapie et des diurétiques intraveineux sont administrés au patient.

Dans la majorité des cas, **un traitement ralentisseur** simple de la fréquence cardiaque est instauré et permet de stabiliser la situation. Le choix du traitement dépend de la tolérance clinique et de la présence d'une cardiopathie sous-jacente. Un traitement ralentisseur par **bêtabloquant ou inhibiteur calcique** est recommandé **en première intention** en l'absence d'insuffisance cardiaque ou d'hypotension artérielle (recommandation de classe IA). En cas **d'insuffisance cardiaque ou d'hypotension**, un traitement intraveineux par **digoxine** ou **amiodarone** est recommandé (IA). Dans le cas particulier des patients **avec voie accessoire** auriculo-ventriculaire responsable d'une réponse ventriculaire rapide, les  $\beta$ -bloquants, inhibiteurs calciques et la digoxine sont contre-indiqués et l'utilisation de traitements antiarythmiques (classe IC de préférence ou **amiodarone**) est

*Même CI ds une autre source*

nécessaire.

En cas de FA de moins de 48 heures, une cardioversion chimique par antiarythmiques de classe IC ou amiodarone en cas de cardiopathie sous-jacente est possible (niveau de recommandation IA) avec un taux de succès estimé respectivement entre 67 et 92 % à H6 pour l'antiarythmique de classe 1C et 80 à 90 % pour l'amiodarone à H24 (délai d'efficacité un peu plus long).

Enfin, en cas de mauvaise tolérance hémodynamique, une cardioversion électrique externe sous anesthésie générale doit être discutée.

## Si l'arythmie est bien tolérée, une prise en charge ambulatoire est possible

Un traitement ralentisseur est débuté si besoin. Une cardioversion chimique par antiarythmique de classe 1C par voie orale peut être discutée si la FA évolue depuis moins de 48 heures.

## Choix du traitement antithrombotique

La seule situation dans laquelle un traitement anticoagulant n'est pas débuté est celle d'un patient sans facteur de risque thrombo-embolique présentant une FA réduite en moins de 48h. Dans toutes les autres situations, le démarrage d'une anticoagulation sera en théorie nécessaire lors de la première visite. En effet, le mode évolutif de l'arythmie est encore inconnu devant ce premier accès (persistance de la FA ou retour en rythme sinusal). Il est donc habituel de revoir le patient à 3 semaines pour juger de l'intérêt d'une cardioversion en l'absence de retour en rythme sinusal et celle-ci doit être encadrée par une anticoagulation efficace (3 semaines avant et 3 semaines après) quel que soit le score de CHA<sub>2</sub> DS<sub>2</sub> -VASc (tableau 1).

Tableau 1.

Score CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc d'évaluation du risque thrombo-embolique	
Facteur de risque	Score
• Age ≥ 75 ans	2
• Antécédents AVC/AIT/emboles périphériques	2
• IC congestive/dysfonction VG	1
• HTA	1
• Diabète	1
• Maladie vasculaire	1
• Sexe féminin	1
• Age ≥ 65 ans, < 75 ans	1
<b>TOTAL</b>	<b>/9</b>

Le choix de la poursuite au long cours et du type de traitement antithrombotique est discuté au cas par cas en prenant en compte le terrain, le score de risque embolique (tableau 1) et le score de risque hémorragique (HAS-BLED, tableau 2). À noter que le type de FA ne rentre pas dans la décision du traitement puisque le risque embolique est identique quel que soit le type de FA (paroxystique, persistante ou permanente).

En théorie, un score de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 2 est une indication au traitement par anticoagulants oraux. Un score

à 1 est une indication à un traitement antithrombotique (anticoagulants oraux ou AAP, avec anticoagulants préférés) et un score à 0 à un traitement AAP ou pas de traitement (avec solution pas de traitement préférée). Un score HAS-BLED à plus de 3 est un marqueur de risque hémorragique élevé.

**Tableau 2.**

Score HAS-BLED pour l'évaluation du risque hémorragique		
Lettre	Caractéristique clinique	Points
<b>H</b>	Hypertension*	1
<b>A</b>	Anomalie des fonctions hépatique** et/ou rénale***	1 ou 2
<b>S</b>	AVC (Stroke)	1
<b>B</b>	Hémorragie (Bleeding)	1
<b>L</b>	INR Labile	1
<b>E</b>	Age > 65 ans (Elderly)	1
<b>D</b>	Médicaments**** ou alcool (Drugs)	1 ou 2

\* PAs > 160 mmHg  
 \*\* Dialyse ou transplantation rénale ou créatinine  $\geq$  200  $\mu$ mol/L  
 \*\*\* Cirrhose ou bilirubine > 2 X N et ASAT/ALAT/PAL > 3 X N  
 \*\*\*\* AINS, AAP, ...

### Choix de la stratégie rythmique

Deux stratégies sont discutables chez les patients présentant un accès de FA. Il peut être proposé soit un simple contrôle de la fréquence cardiaque, soit une stratégie visant à restaurer puis à maintenir le rythme sinusal.

La stratégie sera discutée au cas par cas en fonction du terrain (âge, cardiopathie, insuffisance cardiaque), d'éventuels facteurs déclenchants (ischémie myocardique, hyperthyroïdie) et de la tolérance de l'arythmie. En pratique, il est recommandé de se contenter de contrôler la fréquence cardiaque chez les sujets âgés et peu symptomatiques (recommandation de classe IA). Dans ce cas, l'utilisation de traitements  $\beta$ -bloqueurs ou inhibiteurs calciques ralentisseurs sera privilégiée. L'utilisation d'un traitement digitalique est proposée chez le sujet sédentaire.

Dans les autres cas, on privilégie en première intention une stratégie de restauration et de maintien du rythme sinusal. Dans ce cas, l'utilisation de drogues antiarythmiques sera nécessaire après cardioversion si la FA est persistante.

En l'absence de cardiopathie, on privilégie l'utilisation des classes IC.

En cas de coronaropathie, le choix se portera vers les bêtabloquants. En cas d'insuffisance cardiaque, le traitement par amiodarone sera privilégié. Le tableau 3 résume les modalités de prise en charge du premier accès de FA.

**Tableau 3.**

Modalités de prise en charge du premier accès de FA	
• Evaluation de la tolérance	Mauvaise tolérance • Hospitalisation

<b>PREMIER ACCÈS DE FA</b>	<b>clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement spécifique (O<sub>2</sub>, diurétique, ralentisseur, ...)</li> <li>• Cardioversion chimique ou électrique si FA récente et/ou instabilité</li> </ul>
		<b>Bonne tolérance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement ambulatoire</li> <li>• Cardioversion chimique éventuelle si FA récente</li> </ul>
	• <b>Bilan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH, glycémie, créatinine, kaliémie, hémogramme, plaquettes, TP</li> <li>• Echocardiographie</li> <li>• Radiographie pulmonaire au cas par cas</li> </ul>
	• <b>Prévention risque thrombo-embolique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au cas par cas : pas de traitement ou traitement AAP ou anticoagulants oraux</li> <li>• Dépend des scores de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc et HAS-BLED</li> </ul>
	• <b>Stratégie rythmique</b>	<b>A discuter au cas par cas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle de la fréquence cardiaque (β-, IC, digitalique)</li> <li>• Contrôle du rythme cardiaque par AA ± cardioversion</li> </ul>

## PLUS D'ARTICLES SUR LE MÊME THÈME

### • **Recommandations : la prise en charge de la fibrillation atriale**

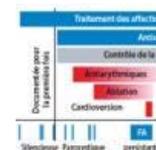
Publié le 5 Oct 2011

F. DELAHAYE, A.-M. ANTCHOUÉY, Bron

La Société européenne de cardiologie a récemment publié ses recommandations sur la prise en charge de la fibrillation atriale<sup>[1]</sup>.

La FA est la plus fréquente des arythmies cardiaques soutenues, elle...

[Lire la suite](#)



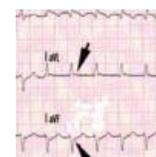
### • **Conduite à tenir devant une tachycardie supraventriculaire très rapide**

Publié le 11 Mai 2011

J.-F. LECLERCQ, Paris et Le Chesnay

Un malade se présente, aux urgences ou en cabinet, avec une tachycardie à complexes fins, régulière, à 200 par minute ou davantage. Que...

[Lire la suite](#)



### • **Actualités en pathologie valvulaire**

Publié le 2 Mar 2011

A. MIGNOT et M. DIJOS, Hôpital Cardiologique de Bordeaux

Les Journées d'écho-Doppler de...

[Lire la suite](#)



## • Extrasystoles ventriculaires d'effort et sport

Publié le 24 Mar 2010

R. FRANK, Institut de Cardiologie, CH Pitié Salpêtrière, Paris

Les Journées européennes de la SFC

Les extrasystoles ventriculaires (ESV) sont fréquentes, retrouvées sur 1 % d'ECG systématiques, 45 à 75 % des Holters de 24 heures de sujets normaux, 1,1 % des ECG de jeunes athlètes. Leur...



[Lire la suite](#)

## • Syncopes à l'exercice chez l'enfant : que faire ?

Publié le 19 Oct 2011

J.-M. LUPOGLAZOFF<sup>1,2</sup>, I. DENJOY<sup>2,3</sup> 1 Hôpital Robert-Debré, Paris 2 Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris 3 Hôpital Lariboisière, Paris

La perte de connaissance dans un contexte adrénurgique d'effort chez l'enfant est une cause fréquente de consultation et de bilan en cardiologie pédiatrique. La syncope d'effort est toujours un événement grave pour lequel il faut mener un bilan...



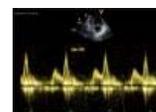
[Lire la suite](#)

## • Quels paramètres mesurer en écho pour le diagnostic de l'asynchronisme ?

Publié le 1 Déc 2010

E. ABERGEL, C. CHAUVEL, M. SIMON, P. DEHANT, E. BOGINO, Clinique Saint Augustin, Bordeaux

Ces dernières années ont vu ce sujet terriblement malmené. Une réponse, aussi abrupte que courte, pourrait être « aucun paramètre », puisque la position des différentes sociétés savantes est de ne pas tenir compte de...



[Lire la suite](#)

**Publicité**

**Publicité**

www.  
**THROMBOSE-PRATIQUE**  
.com

Toute l'actualité de la thrombose artérielle  
et veineuse à portée de clic ! 

Avec le soutien institutionnel de  
 Bayer HealthCare

**E-DIRECT.TV**

LA WEB TV DES SPÉCIALISTES

Inscrivez-vous  
pour être informé  
des prochaines émissions  
dans votre spécialité !

[S'INSCRIRE »](#)

## Publicité

**AXIS TV**

ÉMISSIONS LES PLUS RÉCENTES

[VOIR PLUS D'ÉMISSIONS](#)

**E-DIRECT.TV**    LA WEB TV DES SPÉCIALISTES

Inscrivez-vous pour être informé des prochaines émissions dans votre spécialité ! [S'INSCRIRE »](#)