

# CARDIOLOGIE

## Conférences scientifiques<sup>MD</sup>

COMPTE RENDU DES CONFÉRENCES  
SCIENTIFIQUES DE LA DIVISION DE  
CARDIOLOGIE, HÔPITAL ST. MICHAEL,  
UNIVERSITÉ DE TORONTO

### La fibrillation auriculaire : l'intégration des nouvelles directives dans la pratique

Par PAUL DORIAN, M.D., M.Sc., FRCPC

La Société canadienne de cardiologie (SCC), la Société européenne de cardiologie (SEC) et l'*American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/Heart Rhythm Society* (ACCF/AHA/HRS) ont émis récemment des lignes directrices ou des mises à jour focalisées sur les investigations en cas de fibrillation auriculaire (FA) et sur sa prise en charge. Dans le présent numéro de *Cardiologie – Conférences scientifiques* qui met l'accent sur les Lignes directrices canadiennes de 2010, nous examinons les points saillants des stratégies et des traitements recommandés dans les lignes directrices et la mise en application de ces lignes directrices dans la pratique en prenant comme exemple une patiente hypothétique atteinte de FA.

« Théoriquement, il n'y a pas de différence entre la théorie et la pratique. Dans la pratique, il y en a une. »

— Yogi Berra

#### Rapport de cas

*La patiente est une femme âgée de 73 ans n'ayant pas souffert de maladies majeures antérieurement. Elle se présente à votre cabinet de consultation, car elle souffre de façon intermittente depuis trois mois « de fatigue, d'essoufflement et d'étourdissements », qui se manifestent à n'importe quelle heure de la journée, durent 12 à 24 heures et lui donnent « une sensation de grippe » très déplaisante. Ces épisodes surviennent toutes les 1 à 2 semaines et entre ceux-ci, elle se sent bien. Après quelques mois, elle vous consulte un jour où elle se sent particulièrement mal. Pendant l'examen physique, vous constatez que son pouls est irrégulièrement irrégulier. Que faites-vous maintenant ?*

L'examen essentiel pour établir un diagnostic de FA est l'électrocardiogramme (ECG), de préférence un ECG à 12 dérivations. Le pouls peut être irrégulièrement irrégulier en raison d'extrasystoles auriculaires ou ventriculaires fréquentes, ou de FA/flutter auriculaire. Le traitement subséquent devra viser principalement à améliorer les symptômes de cette patiente, et il est donc essentiel que le médecin établisse une corrélation entre les symptômes et le rythme cardiaque de façon à ce qu'aussi bien la patiente que le médecin puissent avoir une idée précise des symptômes qui sont clairement liés à l'arythmie auriculaire.

Lorsque le médecin diagnostique une FA, il doit établir la cause potentielle de la FA, et les maladies cardiovasculaires co-existantes, qui peuvent avoir un impact sur les stratégies thérapeutiques. Et surtout, la tension artérielle (TA) doit être mesurée très précisément<sup>1</sup>, étant donné que  $\geq 60\%$  de tous les patients atteints de FA présentent une hypertension, qui est la cause primaire ou un co-facteur<sup>2</sup>. Il est raisonnable de considérer la FA comme une « complication » de l'hypertension chez ces patients, étant donné que le risque d'événements vasculaires majeurs chez les patients hypertendus et souffrant de FA est considérablement plus élevé que chez les patients souffrant d'hypertension mais pas de FA<sup>3,4</sup>. Lanamnèse et l'examen physique doivent viser à rechercher une atteinte cardiaque structurelle sous-jacente, en particulier une atteinte valvulaire, une maladie coronarienne avec infarctus du myocarde survenu antérieurement, une maladie vasculaire périphérique ou une maladie cérébro-vasculaire, et une cardiomyopathie, ainsi que des maladies aiguës pouvant causer une FA. L'apnée du sommeil est un facteur étiologique fréquent et souvent négligé dans la FA, et elle peut être présente chez 30 à 50 % des patients atteints de FA, et elle est souvent, mais pas toujours, accompagnée de ronflements et d'un sommeil subjectivement de qualité médiocre. La consommation d'alcool est souvent considérée comme une cause importante de FA, mais elle est rarement l'unique cause, sauf lorsque la consommation excessive d'alcool est évidente. L'échocardiogramme est un élément essentiel de l'investigation initiale.

Ensuite, une autre mesure importante est la classification de la FA en l'un des trois types suivants : paroxystique, persistante ou permanente (« acceptés »). Cette subdivision est utile, car la FA paroxystique est spontanément autolimitée, alors que les épisodes de FA persistante nécessitent une cardioversion ou un traitement pharmacologique pour y mettre fin. La FA permanente est un type de FA pour lequel les médecins ont décidé que des tentatives de rétablir et de maintenir le rythme sinusal sont vaines ou inutiles, et il n'est donc plus nécessaire d'envisager des traitements pharmacologiques anti-arythmiques ou l'ablation des foyers arythmogènes.

L'élément le plus important à prendre en compte dans la détermination d'une stratégie à long terme pour la prise en charge d'un patient atteint de FA est l'effet du trouble du rythme sur la qualité de vie et le bien-être

#### Division de cardiologie

Beth L. Abramson, MD  
Kamran Ahmad, MD  
Abdul Al-Hesayen, MD  
Luigi Casella, MD  
Asim Cheema, MD  
Robert J. Chisholm, MD  
Chi-Ming Chow, MD  
Paul Dorian, MD  
Neil Fam, MD  
David H. Fitchett, MD (rédacteur-adjoint)  
Michael R. Freeman, MD  
Shaun Goodman, MD  
Anthony F. Graham, MD  
John J. Graham, MD  
Robert J. Howard, MD  
Victoria Korley, MD  
Michael Kutryk, MD  
Anatoly Langer, MD  
Howard Leong-Poi, MD  
Iqbal Mangat, MD  
Gordon W. Moe, MD (rédacteur)  
Juan C. Monge, MD (rédacteur-adjoint)  
Thomas Parker, MD (chef)  
Arnold Pinter, MD  
Trevor I. Robinson, MD  
Andrew Yan, MD

#### Hôpital St. Michael

30 Bond St.,  
Suite 7049, Queen Wing  
Toronto, Ont. M5B 1W8  
Télécopieur : (416) 864-5941

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de la Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, l'Université de Toronto, du commanditaire de la subvention à l'éducation ou de l'éditeur, mais sont celles de l'auteur qui se fonde sur la documentation scientifique existante. On a demandé à l'auteur de révéler tout conflit d'intérêt potentiel concernant le contenu de cette publication. La publication de *Cardiologie – Conférences scientifiques* est rendue possible grâce à une subvention à l'éducation sans restrictions.



Leading with Innovation  
Serving with Compassion

**ST. MICHAEL'S HOSPITAL**  
A teaching hospital affiliated with the University of Toronto



Terrence Donnelly Heart Centre

UNIVERSITY  
OF TORONTO



**Tableau 1: L'échelle de gravité de la fibrillation auriculaire (GFA) de la Société canadienne de cardiologie<sup>7</sup>**

Classe de SFA	Effet sur la qualité de vie (QV) générale du patient
0	<b>Asymptomatique</b> en ce qui a trait à la FA
1	Les symptômes attribuables à la FA ont un effet <b>minime</b> sur la QV générale du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes minimes et/ou rares, ou</li> <li>• Épisode unique de FA sans syncope ou insuffisance cardiaque</li> </ul>
2	Les symptômes attribuables à la FA ont un effet <b>mineur</b> sur la QV générale du patientL <ul style="list-style-type: none"> <li>• Légère conscience des symptômes chez les patients présentant une FA persistante/permanente, ou</li> <li>• Rare épisodes (e.g., moins de quelques-uns par année) chez les patients atteints de FA paroxystique ou intermittente</li> </ul>
3	Les symptômes attribuables à la FA ont un effet <b>modéré</b> sur la QV générale du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience modérée des symptômes la plupart des jours chez les patients atteints de FA persistante/permanente, ou</li> <li>• Épisodes plus fréquents (e.g., plus fréquents que tous les quelques mois) ou symptômes plus sévères, ou les deux, chez les patients atteints de FA paroxystique ou intermittente</li> </ul>
4	Les symptômes attribuables à la FA on un effet <b>sévère</b> sur la QV générale du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes très déplaisants chez les patients atteints de FA persistante/paroxystique et/ou</li> <li>• Épisodes fréquents et extrêmement symptomatiques chez les patients atteints de FA paroxystique ou intermittente et/ou</li> <li>• Syncope que l'on pense être due à la FA et/ou à</li> <li>• Une insuffisance cardiaque secondaire à une FA</li> </ul>

Reproduit avec la permission de Dorian P et coll. *Can J Cardiol.* 2006;22(5):383-386. Copyright © 2006, Société canadienne de cardiologie.

du patient, un aspect qui est peut-être évident, mais qu'il est néanmoins essentiel de souligner. À cet égard, la FA est différente de l'hypertension ou du diabète, par exemple, où la maladie traitée peut être asymptomatique mais a des conséquences à long terme graves, qui peuvent être cependant potentiellement prévenues. En présence de FA, il n'existe pas de données scientifiques probantes indiquant que la restauration et le maintien du rythme sinusal retardent ou préviennent les complications associées à la FA<sup>5,6</sup>. Par conséquent, un objectif important du traitement est d'aider les

patients à vivre avec leur maladie pour qu'ils aient la meilleure qualité de vie possible. Il faut donc éliminer les symptômes, réduire au minimum les effets indésirables des médicaments et aider les patients à mieux comprendre leur maladie, afin de minimiser son impact sur leur bien-être.

Étant donné que la qualité de vie est complexe et présente de multiples facettes, on pense souvent qu'elle est difficile à mesurer. L'échelle de gravité de la fibrillation auriculaire (GFA)<sup>7</sup> conçue par la SCC est un outil de mesure semi-quantitative de l'effet de la FA sur le bien-être global d'un individu qui est simple et facile à appliquer et dont on recommande l'utilisation dans les lignes directrices 2010 sur la FA de la SCC (tableau 1)<sup>3</sup>. Cette échelle est similaire sur le plan conceptuel à la classe fonctionnelle de la *New York Heart Association* et peut être utilisée comme un instrument de mesure rapide et efficace pour l'évaluation des patients, la communication avec eux et pour faciliter les décisions thérapeutiques. Une façon simple d'établir un score à l'échelle de GFA consiste notamment à poser des questions telles que : « Que faites-vous pendant un épisode symptomatique ? », « Avez-vous annulé des activités planifiées à cause de vos symptômes ? » et « Dans quelle mesure la maladie (et son traitement) ont affecté votre qualité de vie ? » Il est important de rappeler que la qualité de vie peut être affectée de façon très différente chez des sujets qui présentent des symptômes dont la fréquence, la sévérité et la durée sont les mêmes. Par exemple, certains patients présentent des épisodes symptomatiques de FA légers et rares, mais peuvent être si préoccupés par les conséquences d'un événement qu'ils évitent toutes activités de loisirs, telles que les voyages ou une activité physique qu'ils aimaient pratiquer antérieurement.

Dans ce contexte, on recommande souvent aux patients de ne pas consommer de la caféine ou de l'alcool, et d'éviter les activités/situations stressantes et l'exercice physique de crainte de provoquer un épisode de FA. Mise à part la consommation excessive d'alcool chez certains sujets prédisposés, il n'y a aucune preuve que l'un quelconque de ces facteurs liés au mode de vie favorise la FA, et il est souvent bon de rassurer les patients sur le fait qu'il n'est pas bénéfique ou nécessaire de restreindre ces activités s'ils souffrent de FA.

### Évaluation du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)

Un élément nécessaire dans l'évaluation initiale est l'évaluation du risque d'AVC. En général, les patients atteints de FA présentent un risque considérablement accru d'AVC comparativement aux populations témoins n'étant pas atteintes d'arythmie. Cependant, le risque d'AVC chez les patients atteints de FA peut être extrêmement variable, et osciller entre  $\leq 1\%$  par année dans les sous-groupes présentant le risque le plus faible et  $\geq 15\%$  par année chez ceux présentant un risque élevé<sup>8</sup>. Les patients atteints de FA et d'une maladie valvulaire sévère, en particulier de sténose mitrale, présentent un risque très élevé d'AVC et doivent être traités par une anticoagulation systémique orale. En ce qui concerne le groupe le plus important, les patients atteints de FA « non valvulaire », le risque d'AVC varie en fonction de la présence de facteurs de risque d'AVC bien connus, qui incluent l'âge avancé, l'hypertension, le diabète ou l'insuffisance cardiaque, et surtout des antécédents d'AVC ou d'accident ischémique transitoire (AIT). Ce dernier facteur de risque est le plus important, étant donné que des antécédents d'AVC ou d'AIT laisse présager un risque futur très élevé de récurrence, et une anticoagulation systémique s'impose donc.

Les facteurs de risque qui n'ont pas toujours été pris en considération dans les plans de stratification du risque incluent le sexe féminin et la présence d'une maladie vasculaire telle qu'une maladie cérébro-vasculaire, une maladie coronarienne ou une

**Tableau 2 : Comparaison des scores CHADS<sub>2</sub><sup>9</sup> et CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc<sup>11</sup>**

Facteur de risque	Score	Facteur de risque	Score
<b>CHADS<sub>2</sub></b>		<b>CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</b>	
Insuffisance cardiaque	1	Insuffisance cardiaque	1
Hypertension	1	Hypertension	1
Âge ≥ 75 ans	1	Âge ≥ 75 ans	2
Diabète sucré	1	Diabète sucré	1
AVC/AIT	2	AVC/AIT	2
<b>Score maximum</b>	<b>6</b>	Maladie vasculaire	1
		Âge 65-74 ans	1
		Sexe (i.e., féminin)	1
		<b>Score maximum</b>	<b>9</b>

AVC = accident vasculaire cérébral; AIT = accident ischémique transitoire  
Reproduit avec la permission de la CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee.  
Can J Cardiol. 2011;27(1):74-90. Copyright © 2011, Société canadienne de cardiologie.

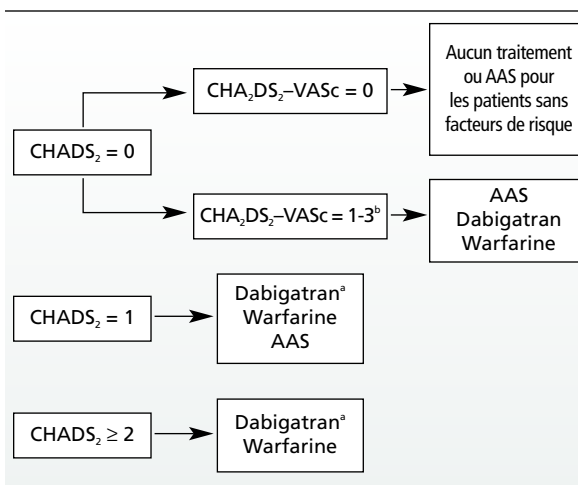
maladie vasculaire périphérique. Les lignes directrices de la SCC recommandent la classification CHADS<sub>2</sub><sup>9</sup> – insuffisance cardiaque, hypertension, âge, diabète et AVC/AIT antérieurs (2 points) – et l’administration d’anticoagulants oraux à tous les patients présentant l’un quelconque de ces facteurs de risque, i.e., un score CHADS<sub>2</sub> ≥ 1<sup>8</sup>. Les lignes directrices de la SEC<sup>10</sup> amplifient légèrement cette recommandation en ajoutant des facteurs tels qu’une maladie vasculaire, l’âge de 65 à 75 ans et le sexe féminin aux facteurs de risque (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub> – VASc)<sup>11</sup>. Par exemple, la patiente illustrée ci-dessus recevrait un point respectivement pour le sexe féminin et pour l’âge > 65 ans, indépendamment des facteurs de risque CHADS<sub>2</sub> « traditionnels » (tableau 2).

### Comment gère-t-on la prévention des AVC dans la pratique ?

Les nouvelles lignes directrices ont simplifié les recommandations antérieures en recommandant une anticoagulation orale chez presque tous les patients sauf la petite minorité qui ne présente pas de facteurs de risque d’AVC ; p. ex. les patients de sexe masculin âgés < 65 ans qui ne sont pas exposés à d’autres facteurs de risque (Figure 1). Plus le risque d’AVC est élevé, plus le bénéfice absolu offert par l’anticoagulation orale est important, comparativement à l’absence de traitement ou à l’administration d’acide acétylsalicylique (AAS). Bien que l’AAS soit probablement supérieur au placebo, il est moins efficace que l’anticoagulation orale, et entraîne un risque non négligeable et sous-évalué d’hémorragie grave.

Si l’on envisage une anticoagulation orale, la plupart des patients devraient être traités par le nouvel inhibiteur de la thrombine, le dabigatran, de préférence à la warfarine<sup>8</sup>. Les données à l’appui de cette recommandation sont issues en grande partie de l’étude RE-LY (*Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy*)<sup>12</sup>, dans laquelle un traitement par le dabigatran à une dose de 150 mg bid a entraîné un plus faible risque d’AVC comparativement à la warfarine, et un risque global d’hémorragie similaire, mais un risque significativement moins élevé d’hémorragie menaçant la vie ou intracrânienne. Des limitations importantes concernant le dabigatran incluent une contre-indication en cas de dysfonction rénale sévère, l’absence de réversibilité, c’est-à-dire d’antidote, et l’incapacité à surveiller l’observance du traitement ou de mesurer systématiquement le degré d’anticoagulation de façon précise, ce qui est possible avec la warfarine. Les avantages associés au dabigatran sont qu’il ne nécessite pas de surveiller le

**Figure 1 : Utilisation des anticoagulants sur la base des scores CHADS<sub>2</sub> et CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc**



<sup>a</sup>Le dabigatran est l’anticoagulant utilisé de préférence à la warfarine chez la plupart des patients; <sup>b</sup>Inclut les facteurs de risque non traditionnels comprenant l’âge de 65 à 74 ans, le sexe féminin et les maladies vasculaires. Les lignes directrices européennes<sup>8</sup> recommandent une anticoagulation en présence de ≥ 2 de ces facteurs de risque.  
AAS = acide acétylsalicylique  
Adapté avec la permission de la CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Can J Cardiol. 2011;27(1):74-90. Copyright © 2011, Société canadienne de cardiologie.

rapport international normalisé (INR) et que son effet anticoagulant constant n’est pas modifié par les nombreux facteurs qui affectent l’intensité de l’anticoagulation par la warfarine.

### Cas (suite)

Les investigations chez notre patiente révèlent qu’elle a une TA de 145/95 mm Hg lors de mesures répétées, une fonction rénale et hépatique normale et qu’elle ne souffre pas de symptômes d’apnée du sommeil. Elle ne présente pas des facteurs de risque ni symptômes suggérant une maladie coronarienne ou une maladie vasculaire périphérique, et sa tolérance à l’effort lorsqu’elle ne présente pas un épisode de FA est bonne. Elle se trouve donc dans la catégorie de risque d’AVC CHADS<sub>2</sub> de 1 (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 3) et du fait que ses symptômes affectent ses activités, elle se trouve en classe 2 sur l’échelle de SFA. Un échocardiogramme montre une taille et une fonction du ventricule gauche normales et un léger agrandissement de l’oreillette gauche (diamètre de l’OG de 4,2 cm). Comment traitez-vous cette patiente ?

Le traitement initial des patients atteints de FA est axé sur l’amélioration de la qualité de vie et la réduction du risque d’AVC. Pour réduire ce risque, le traitement par le dabigatran à une dose de 150 mg bid est la stratégie la plus efficace et celle recommandée dans les lignes directrices de la SCC<sup>8</sup>. (Note : Le dabigatran n’est pas actuellement remboursé par les régimes d’assurance-médicaments provinciaux.) Pour le traitement de la FA en lui-même, une approche raisonnable initiale consiste à s’efforcer de contrôler la fréquence cardiaque et à réduire au maximum la sévérité des épisodes de FA sans nécessairement diminuer leur fréquence. Pour ce faire, la plupart des cliniciens utilisent des bêta-bloquants, bien que les bloqueurs calciques soient également un choix raisonnable et qu’il soit moins probable qu’ils soient associés à des effets indésirables qui limitent la tolérance à l’effort<sup>13</sup>. De plus, les bloqueurs calciques sont souvent préférés aux bêta-bloquants comme traitement initial des patients hypertendus.

### Cas (suite)

La patiente est classée comme souffrant de FA paroxystique et la stratégie initiale choisie est le contrôle de la fréquence cardiaque. La patiente reçoit un antihyper-

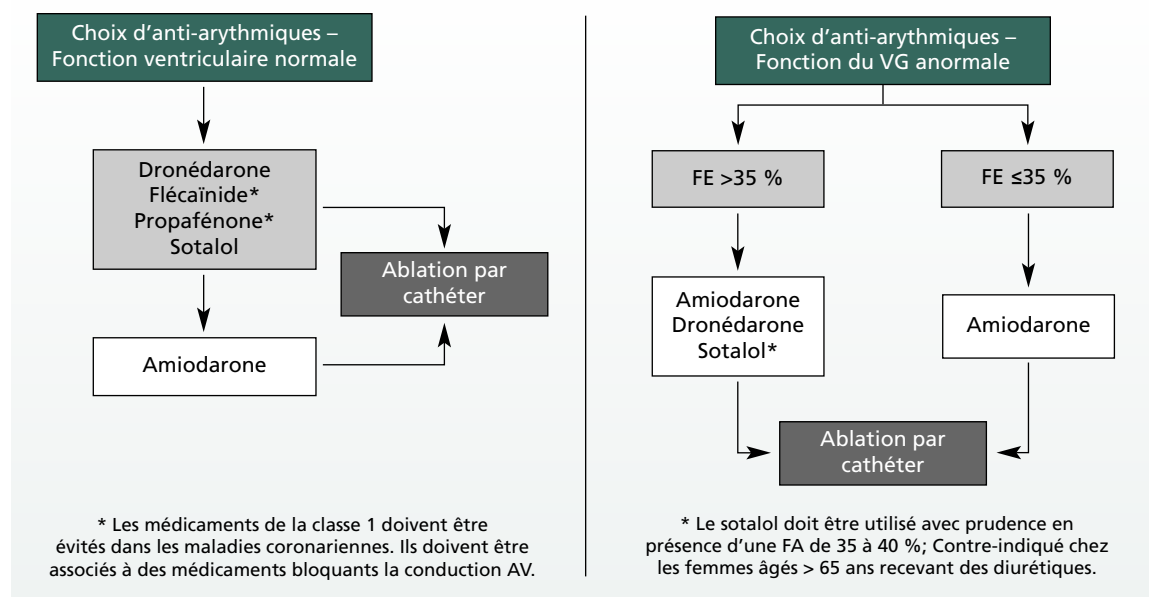
tenseur (ramipril 5 mg par jour), un bêta-bloquant (bisoprolol 5 mg par jour) et le dabigatran (150 mg bid). Les causes et les conséquences de la FA lui sont clairement expliquées, et elle est rassurée sur le fait que son affection ne met pas sa vie en danger et « n'entraînera pas une crise cardiaque ». On lui dit également que le principal objectif du traitement est d'améliorer son bien-être général et pas nécessairement de mettre fin totalement aux épisodes de FA. Un « contrat thérapeutique » spécifique est conclu, conformément aux besoins et aux désirs de la patiente. Un plan de suivi est élaboré, qui consistera explicitement en la réévaluation du bien-être de la patiente dans quelques mois en vue de modifier le traitement si l'amélioration des symptômes est inadéquate par rapport aux attentes de la patiente.

La patiente continue de souffrir d'épisodes de faiblesse, de dyspnée et de fatigue, bien que ceux-ci soient moins sévères qu'avant le traitement. Cependant, elle a lu sur Internet que « la FA peut causer un AVC et constitue une urgence médicale ». Un mois plus tard, elle présente un autre épisode de FA symptomatique, et bien qu'elle ne soit que légèrement symptomatique, elle se présente aux urgences de l'hôpital local. L'ECG montre qu'elle présente une FA avec une fréquence ventriculaire de 100 battements/minute, et une TA de 130/85 mm Hg, l'ECG est autrement normal. Elle est traitée par le procainamide intraveineux, mais la FA ne se convertit pas en rythme sinusal. Elle est admise à l'hôpital et une cardioversion est planifiée le matin suivant. Les dispositions sont prises, mais une heure avant la cardioversion planifiée, on note la conversion spontanée de la FA en rythme sinusal et la patiente quitte l'hôpital sans que son traitement soit modifié.

Le scénario ci-dessus est fréquent, et on peut probablement l'éviter. Environ 20 000 visites aux urgences donnant lieu à un diagnostic primaire de FA sont effectuées en Ontario chaque année, et environ 40 % de ces patients sont hospitalisés<sup>14</sup>. Les lignes directrices récentes de la SCC suggèrent de restreindre l'hospitalisation aux patients présentant un compromis hémodynamique important ou des symptômes compatibles avec une insuffisance cardiaque ou une ischémie myocardique aiguë<sup>15</sup>. Aucun de ces critères

n'est présent chez notre patiente. Son traitement anticoagulant systémique continu la protège contre un AVC. On a observé antérieurement qu'elle souffrait de FA de type paroxystique, et on prévoit donc que son épisode actuel de FA se résoudra spontanément sans traitement spécifique. Même si ce n'est pas le cas, une cardioversion peut être planifiée en ambulatoire après sa sortie des urgences. Si les patients présentent une détresse psychologique et des symptômes prononcés, un médicament exerçant un contrôle additionnel de la fréquence peut être administré, étant donné l'observation empirique que le ralentissement de la réponse ventriculaire est généralement associé à une amélioration symptomatique. Cependant, le contrôle de la fréquence ne doit pas nécessairement être intensifié chez les patients ne présentant aucun symptôme ou présentant des symptômes acceptables et une fréquence cardiaque plus rapide que la normale. Les nouvelles lignes directrices sur la FA chez les patients atteints de FA persistante ou permanente émises par la SCC recommandent des traitements visant le contrôle de la fréquence ventriculaire pour obtenir une fréquence au repos < 100 battements/minute, ou tel que les symptômes l'exigent<sup>16</sup>. La maximisation du contrôle de la fréquence préconisée dans les lignes directrices antérieures (< 80 battements/minute) n'est pas nécessaire et n'est plus recommandée. À l'instar des lignes directrices canadiennes, les lignes directrices 2010 mises à jour de l'ACCF/AHA/HRS<sup>17</sup> indiquent : « Le traitement visant à obtenir un contrôle strict de la fréquence (< 80 battements/min au repos ou < 110 battements/min durant une marche de 6 minutes) n'est pas bénéfique comparativement à l'obtention d'une fréquence cardiaque au repos < 110 battements/min chez les patients atteints de FA persistante qui ont une fonction ventriculaire stable (fraction d'éjection ventriculaire gauche 0,40) et qui ne présentent aucun symptôme ou qui présentent des symptômes minimes liés à l'arythmie, bien qu'une tachycardie non contrôlée puisse être associée avec le temps à un déclin

**Figure 2 : Choix de traitements pour le contrôle du rythme, stratifiés selon la fonction du VG**



AV = auriculo-ventriculaire; VG = ventricule gauche; FE = fraction d'éjection  
 Reproduit avec la permission de la CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. *Can J Cardiol.* 2011;27(1):47-59.  
 Copyright © 2011, Société canadienne de cardiologie.



réversible de la performance ventriculaire (Niveau de fiabilité : B – Nouvelle recommandation).»

### Cas (suite)

*La patiente retourne à votre cabinet de consultation et n'est pas satisfaite des résultats du traitement jusqu'à présent. Elle trouve très gênantes la fréquence et la sévérité des épisodes symptomatiques et a donc restreint ses activités. Que faites-vous maintenant ?*

Chez les patients qui n'ont pas obtenu une réponse adéquate à la stratégie de contrôle de la fréquence, les lignes directrices de la SCC recommandent un traitement pour maintenir le rythme sinusal par des anti-arythmiques initialement, et si nécessaire l'ablation par radiofréquence dans certains cas<sup>16</sup>. Il est important de noter que le résultat ciblé par la stratégie de contrôle du rythme est une réduction, mais pas nécessairement l'élimination, de tous les épisodes de FA symptomatique. Les anti-arythmiques sont utilisés pour réduire la fréquence et la durée des épisodes de FA, et le choix des anti-arythmiques disponibles indiqués dans les lignes directrices de la SCC est illustré dans la figure 2.

Dans ce cas particulier, on ne peut pas être certain que la patiente ne souffre pas d'une maladie coronarienne, étant donné son âge et le facteur de risque que représente l'hypertension, bien que certains avanceraient que l'absence d'ischémie myocardique symptomatique durant les épisodes de FA équivalait à une « épreuve d'effort négative ». Les médicaments de la classe 1c (propafénone et flécaïnide) devraient donc être utilisés avec prudence, étant donné qu'ils sont contre-indiqués chez les patients atteints de maladie coronarienne. Les médicaments qui dans le passé étaient le plus fréquemment utilisés pour contrôler le rythme cardiaque au Canada incluait le sotalol et l'amiodarone<sup>18</sup>. De nombreux médecins craignent l'utilisation du sotalol comme traitement initial chez des femmes âgées, étant donné que le sexe féminin et l'âge avancé (souvent associé à une dysfonction rénale) sont d'importants facteurs de risque de pro-arythmie avec le sotalol. De plus, les doses de sotalol qui sont susceptibles d'être efficaces pour prévenir la récurrence de la FA sont plus élevées que celles utilisées généralement dans la pratique, et les doses de 240 à 360 mg par jour nécessaires relativement fréquemment causent une bradycardie symptomatique, de la fatigue ou une pro-arythmie<sup>19</sup>. L'amiodarone est un anti-arythmique extrêmement efficace, mais sa toxicité à long terme représente un lourd fardeau, et il n'est donc plus recommandé comme anti-arythmique de première ligne dans les lignes directrices canadiennes ou internationales.

### Cas (suite)

*La patiente subit une épreuve d'effort combinée à une scintigraphie isotopique, en raison de l'hypertension dont elle souffre et de la possibilité d'un résultat faussement positif. Ce test montre une petite zone présentant une anomalie de perfusion réversible dans la paroi inférieure lors d'un effort relativement important. La patiente ne souffre pas de douleur thoracique durant l'épreuve d'effort.*

*La présence d'une maladie coronarienne indique que les anti-arythmiques de la classe 1c tels que le propafénone et le flécaïnide sont contre-indiqués. Il est important de prêter une attention particulière aux facteurs de risque modifiables, c'est-à-dire mesurer le taux de cholestérol et des lipoprotéines de basse densité et le traiter s'il est élevé, parvenir à un poids corporel normal, mettre en œuvre un programme d'activité physique tel que toléré, s'abstenir de fumer et identifier le diabète, s'il est présent. Bien que cette recommandation dépasse la portée de ce document, une angiographie coronarienne n'est probablement pas indiquée chez une patiente*

*asymptomatique présentant une ischémie myocardique légère lors d'un effort important.*

*La patiente reçoit 80 mg tid de sotalol, et son traitement par le bisoprolol est arrêté. Lors d'un examen de suivi 3 mois plus tard, elle signale que ses épisodes de dyspnée et d'étourdissements sont moins nombreux, environ 1 par mois seulement et durent 24 heures. Cependant, lorsqu'on la questionne de plus près, elle indique qu'elle est « sans arrêt fatiguée » et qu'elle n'a pas suffisamment d'énergie pour effectuer des activités quotidiennes, telles que les courses, la cuisine et le nettoyage. Son ECG montre un rythme sinusal à 47 battements/min. Que faites-vous ?*

Les symptômes sont probablement dus à un effet indésirable du sotalol. Bien que le médicament soit efficace pour réduire le nombre d'épisodes de la FA présumée, l'efficacité de l'anti-arythmique n'offre pas un avantage pour la patiente, étant donné que sa qualité de vie globale s'est plutôt aggravée. Le traitement avec sotalol est arrêté, et elle reçoit la dronédarone 400 mg bid.

### Cas (suite)

*La patiente retourne à la clinique 3 mois plus tard, en indiquant qu'en général, elle se sent beaucoup mieux, bien qu'elle déclare présenter encore de rares épisodes (environ une fois toutes les 6 semaines) de fatigue légère, de faiblesse et d'étourdissements qui durent environ 12 heures. Par hasard, elle éprouve l'un de ces épisodes lors de sa visite. Un ECG montre une FA avec une fréquence ventriculaire de 85 battements/min et n'indique aucune autre anomalie. Sa TA est de 130/85 mm Hg. Elle a lu des rapports sur Internet sur l'association de la FA et du risque d'AVC et que l'ablation peut « guérir la FA ». Que faites-vous ?*

Une prise en charge appropriée des patients atteints de FA nécessite une explication détaillée des risques et des avantages de toutes les thérapies disponibles. Les principaux objectifs du traitement de la FA sont d'améliorer le bien-être des patients, de réduire la morbidité et les hospitalisations et de diminuer le risque d'AVC. L'unique traitement pour lequel il a été démontré dans une étude à l'insu avec répartition aléatoire qu'il réduit les hospitalisations et le taux de mortalité cardiovasculaire dans la FA est le dronédarone, tel que démontré dans l'étude ATHENA (A placebo-controlled, double-blind, parallel arm trial to assess the efficacy of dronedarone 400 mg bid for the prevention of cardiovascular hospitalization or death from any cause in patients with AF/Atrial flutter)<sup>20</sup>. D'après les lignes directrices 2010 sur la FA mises à jour de l'ACCF/AHA/HRS<sup>17</sup> « le dronédarone a une efficacité raisonnable pour réduire les hospitalisations en raison d'événements cardiovasculaires chez les patients atteints de FA paroxystique ou après la conversion d'une FA persistante. Le dronédarone peut être initié pendant un traitement en ambulatoire. (Niveau de fiabilité : B – Nouvelle recommandation). » Une prise en charge appropriée consiste à peser soigneusement les risques et les avantages associés au traitement en tenant compte des désirs des patients et à bien comprendre l'équilibre entre les attentes des patients à l'égard du traitement et les résultats probables. La patiente est informée que l'ablation par radiofréquence (isolation des veines pulmonaires) est une intervention utile, mais qui est généralement réservée aux situations où le traitement pharmacologique est cliniquement inefficace. En effet, chez la moitié des patients, deux interventions sont nécessaires, chacune d'entre elles étant associées à un taux de morbidité grave de 2 à 4 % et parce que chez 20 à 25 % des patients, l'ablation n'offre pas d'avantage thérapeutique<sup>21</sup>. De plus, il n'a pas été bien démon-

tré que l'ablation, même si elle est totalement réussie, dispense le patient de la nécessité d'une prévention de l'AVC à vie par une anticoagulation.

Après réflexion, la patiente décide de remettre à ultérieurement l'ablation par radiofréquence et d'essayer de reprendre son mode de vie qui était antérieurement normal.

### Cas (suite)

La patiente est vue lors d'un suivi un an plus tard. Elle continue de présenter de rares épisodes (une fois tous les 2 à 3 mois) de fatigue légère et d'étourdissements qui durent environ 12 heures, mais elle mène autrement une vie normale et est rassurée sur le fait que le risque de morbidité grave liée à la FA est très réduit. Elle comprend qu'il est inutile de se présenter aux urgences si ses symptômes réapparaissent. La nécessité qu'elle observe son traitement médical, qu'un suivi étroit de sa TA soit effectué et que des mesures générales soient prises pour réduire le risque de complications associées à la maladie coronarienne est à nouveau soulignée.

### Conclusion

La FA comporte de nombreuses facettes et chaque patient est unique. Les soins administrés aux patients atteints de FA peuvent être simplifiés et ils peuvent être rendus plus rationnels si l'on se rappelle les caractéristiques fondamentales de la prise en charge de la FA :

- Établir les causes et les maladies sous-jacentes associées à la FA et le type de FA dont souffre le patient
- Évaluer les conséquences de la FA pour la qualité de vie du patient ; tous les traitements ultérieurs seront évalués par rapport à ce critère
- Évaluer et quantifier le risque d'AVC, et traiter le patient en conséquence.

### Références

1. Hypertension Canada. Mesure correcte de la pression artérielle. Disponible à : <http://hypertension.ca/chepr/fr/recommandations/diagnostic-evaluation/mesure-correcte-de-la-pression-artérielle/>. Date de consultation: 14 février 2011.
2. Healey JS, Parkash R, Pollak T, Tsang T, Dorian P, CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: etiology and initial investigations. *Can J Cardiol*. 2011;27:31-37.
3. Arima H, Hart RG, Colman S, et coll; PROGRESS Collaborative Group. Perindopril-based blood pressure-lowering reduces major vascular events in patients with atrial fibrillation and prior stroke or transient ischemic attack. *Stroke*. 2005;36:2164-2169.
4. Stroke Risk in Atrial Fibrillation Working Group. Independent predictors of stroke in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Neurology*. 2007; 69:546-554.
5. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et coll; Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2002;347:1825-1833.
6. Roy D, Talajic M, Nattel S, et coll; Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Investigators. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med*. 2008;358:2667-2677.
7. Dorian P, Cvitkovic SS, Kerr CR, et coll. A novel, simple scale for assessing the symptom severity of atrial fibrillation at the bedside: the CCS-SAF Scale. *Can J Cardiol*. 2006;22:383-386.
8. Cairns JA, Connolly S, McMurtry S, Stephenson M, Talajic M; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter. *Can J Cardiol*. 2011;27:74-90.
9. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*. 2001;285:2864-2870.

10. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2010;31:2369-2429.
11. Lip GY, Nieuwlaar R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Chest*. 2010;137:263-272.
12. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et coll. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361:1139-1151.
13. Boriani G, Biffi M, Diemberger I, Martignani C, Branzi A. Rate control in atrial fibrillation: choice of treatment and assessment of efficacy. *Drugs*. 2003;63:1489-1509.
14. Atzema CL, Yun L, Dorian P. Atrial fibrillation in the emergency department: a population-based description. Présenté au 63e Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire. Montréal (Québec); 23-27 octobre 2010. Résumé 247.
15. Stiell IG, Macle L; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: management of recent-onset atrial fibrillation and flutter in the emergency department. *Can J Cardiol*. 2011;27:38-46.
16. Gillis AM, Verma A, Talajic M, Nattel S, Dorian P; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: rate and rhythm management. *Can J Cardiol*. 2011;27:47-59.
17. Wann LS, Curtis AB, January CT, et coll; ACCF/AHA Task Force Members. 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011;123:104-123.
18. Andrade JC, Connolly SJ, Dorian P, et coll. Antiarrhythmic use from 1991 to 2007: insights from the Canadian Registry of Atrial Fibrillation (CARAF I and II). *Heart Rhythm*. 2010;7:1171-1177.
19. Benditt DC, Williams JH, Jin J, et coll. Maintenance of sinus rhythm with oral d,l-sotalol therapy in patients with symptomatic atrial fibrillation and/or atrial flutter. d,l-Sotalol Atrial Fibrillation/Flutter Study Group. *Am J Cardiol*. 1999;84:270-277.
20. Hohnloser SH, Crijns HJ, van Eickels M, et coll; ATHENA Investigators. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;360:668-678.
21. Verma A, Macle L, Cox JL, Skanes AC; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: catheter ablation for atrial fibrillation/atrial flutter. *Can J Cardiol*. 2011;27:60-66.

## Réunion scientifique à venir

2 au 5 avril 2011

60<sup>e</sup> Session scientifique annuelle de l'American College of Cardiology et Sommet i2 2011  
Nouvelle-Orléans, Louisiane

RENSEIGNEMENTS :

Site web : <http://www.accscientificsession.org>

Courriel : [accregistration@jpsargo.com](mailto:accregistration@jpsargo.com)

Le D<sup>r</sup> Dorian a reçu des subventions et des honoraires de consultant de sanofi-aventis, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb et Pfizer.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Cardiologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse [info@snellmedical.com](mailto:info@snellmedical.com). Veuillez vous référer au bulletin *Cardiologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus. Poste-publications #40032303

La version française a été révisée par le D<sup>r</sup> Paul Dorian, Toronto.

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation sans restrictions de sanofi-aventis Canada Inc.

© 2011 Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, Université de Toronto, seule responsable du contenu de cette publication. Éditeur : SNELL Communication Médicale Inc. en collaboration avec la Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, Université de Toronto. <sup>TM</sup> *Cardiologie – Conférences scientifiques* est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration des traitements décrits ou mentionnés dans *Cardiologie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.