

Fibrillation Atriale

Chez la personne âgée : pathologie du 3ième âge

Trouble du rythme cardiaque : contractions des oreillettes très rapides et irrégulières, stagnation du sang dans les oreillettes, accélération de la contraction des ventricules, perte de l'efficacité hémodynamique
Efficacité, débit et performance du cœur diminués

Les différents types de FA (classification en "P")

Paroxystique : < 7 jours

Persistante : > 7 jours

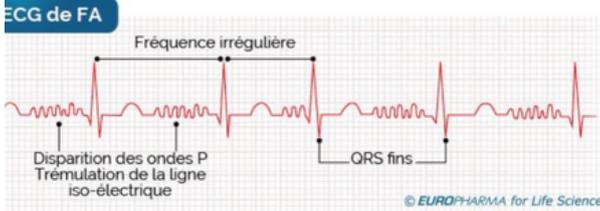
Permanente/Chronique : rythme cardiaque non rétabli malgré traitements

Dépistage

- En routine à partir de 65 ans
- De manière organisée à partir de 75 ans

Diagnostic

Confirmation **OBLIGATOIRE** par un ECG



Symptômes

Asymptomatique (30%) ou symptomatologie très variable d'un individu à l'autre (palpitations, fatigue, essoufflement)
NON détectable à l'officine : fréquence cardiaque + état du cœur

→ Classification EHRA

Complications

Cardiaques (Insuffisance cardiaque)
Thrombo-emboliques (AVC embolique, IDM)

Concept AF-CARE

C : Comorbidités

R : Réduction des symptômes et contrôle du rythme / fréquence cardiaque

A : Anticoagulation

→ AVK ou AOD

E : Évaluation/réévaluation

→ Suivi régulier + ETP

→ Antiarythmiques



Ralentissement / Contrôle de la fréquence (à privilégier par rapport au contrôle du rythme)



MONOTHERAPIE

Bêta-bloquant en 1ère intention : **Bisoprolol, Nébivolol** (CI si FC faible)
Digoxine : MTE, interactions nombreuses, adaptation à la fonction rénale
Ica non dihydropyridine : **Diltiazem, Vérapamil** (CI si IC à fonction systolique altérée)

BITHERAPIE

Bêta-bloquant + Digoxine ou Digoxine + Ica non dihydropyridine

ABLATION DE LA JONCTION ATRIOVENTRICULAIRE

Début d'une anticoagulation 3 semaines avant avec imagerie et poursuite pendant au moins 2 mois
→ Si les traitements antiarythmiques sont inefficaces
Première intention pour les FA Paroxystiques

FEVG :

< 40 % : Bêta-bloquant, Digoxine
> 40 % : Ica non dihydropyridine

Contrôle et maintien du rythme

CARDIOVERSION

- Électrique
- Pharmacologique : Flécaïne, Amiodarone, Dronadérone, Propafénone

Amiodarone
cœur altéré

Flécaïne
cœur sain

! Dysthyroïdie

Traitement des comorbidités/cardiopathies sous-jacentes

- Recherche d'une hyperthyroïdie,
- Identification des facteurs favorisants/déclenchant et les risques d'interaction
- Contrôle tensionnel

Prévention des évènements thrombo-emboliques

les **ANTICOAGULANTS** sont la base incontournable pour tous les types de FA

- Évaluation du risque trombo-embolique : **score CHADS2VA** (suppression du critère féminin) (reco. 2024)
- Évaluation du risque hémorragique : disparition du HAS-BLED (reco. 2024)

| | <u>AOD</u> | <u>AVK</u> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Indications | Score CHA2DS2VA = 1 (grade IIa fortement recommandé) ou Score CHA2DS2VA ≥ 2 (grade I, obligatoire) | |
| Traitement en première intention | Préférentiel dans la FA NON valvulaire selon les recommandations Européennes. → À privilégier ++ aux AVK : risque de décès et d'hémorragie intracrânienne moindre, meilleure protection | FA valvulaire (rétrécissement mitral (RM) rhumatismale ou prothèse mécanique) |
| Interactions médicamenteuses et avec l'alimentation | Faibles (CYP 3A4 et P-gp) | Importantes (CYP2C9) |
| Surveillance biologique | Dosage de la créatinine tous les 3 mois si > 75 ans | INR toutes les 2-4 semaines une fois équilibré |

Les durées d'associations

Anticoagulant + double anti-agrégant plaquettaire : **max 1 mois**,
 Bithérapie anticoagulant + anti-agrégant plaquettaire : **max 12 mois** après un SCA ou la pose d'un stent

À moduler en fonction du risque hémorragique et thrombo-embolique ainsi que du terrain physiopathologique et l'évolution du patient

| <u>Les anticoagulants oraux directs</u> | Dabigatran (PRADAXA) | Rivaroxaban (XARELTO) | Apixaban (ELIQUIS) |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Posologie initiale, Nombre de prise par jour</i> | 150 mg, 2x/j | 20 mg, 1x/j | 5 mg, 2x/j |
| <i>Critères de réduction de dose</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Âge ≥ 80 ans • Association au vérapamil • Âge ≥ 75 ans et risque hémorragique élevé ou IRC modérée | IRC modérée ou sévère | <u>IR sévère ou ≥ 2 critères :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Age ≥ 80 ans • Poids corporel ≤ 60 kg • Créatinine ≥ 133 µmol/L |
| <i>Posologie adaptée, Nombre de prise par jour</i> | 110 mg, 2x/j | 15 mg, 1x/j ⚠️ ≠ AOMI : 2,5mg, 2x/j | 2,5 mg, 2x/j |

⚠️ **JAMAIS en 1x/j**



- **La restauration du rythme sinusal ne justifie pas l'arrêt du traitement anticoagulant**
- **L'aspirine et le clopidogrel en monothérapie ne sont pas recommandés dans la FA**
- **Ne pas associer anticoagulant et AINS à cause du risque accru de saignement**
- **Ne pas prescrire d'AOD en cas d'insuffisance rénale terminale**

Les anti-vitamines K

✓ **Warfarine :**

- Niveau de preuve supérieur
- **Schéma d'initiation chez le sujet âgé**

→ Débuter à demi-dose si : âge > 70 ans, poids < 50 kg ou dysfonction hépatique ou rénale

→ À prendre le soir, indépendamment du repas

✗ **Fluindione :**

- Risque immuno-allergique
- **PAS d'initiation** → renouvellement si traitement équilibré et ancien (> 6 mois)

Sources :

European Society of Cardiology (ESC) 2024

Mise à jour en Février 2025