

Fibrillation auriculaire

Une introduction clinique

PDF PROOF



La fibrillation auriculaire

La fibrillation auriculaire est le trouble du rythme le plus fréquent et affecte près de 1% de la population de moins de 60 ans⁽¹⁻⁴⁾. Sa prévalence atteint 6% chez les sujets de plus de 80 ans^(4,5). Aux Etats-Unis, on estime à 2,2 millions le nombre de patients atteints de fibrillation auriculaire paroxystique ou persistante^(4,6). La fréquence de la fibrillation auriculaire est de 20-35% après un pontage coronarien et de 50% après une valvuloplastie. Elle peut être associée à une pathologie cardiaque sous-jacente telle qu'une insuffisance cardiaque congestive ou une cardiopathie rhumatismale. Elle peut également être la conséquence d'un infarctus aigu du myocarde, d'une hypoxie, d'une hypertension artérielle, d'une ischémie myocardique, d'une intoxication digitalique ou d'une hyperthyroïdie. Ses autres causes sont les pneumopathies, le cancer du poumon, les épanchements et l'embolie pulmonaire^(5,6).

Définition

Un battement cardiaque normal comporte une onde P (activité auriculaire) et un complexe QRS (activité ventriculaire). Dans la fibrillation auriculaire, l'activité électrique anormale entraîne l'apparition d'un rythme irrégulier sans onde P. L'activité auriculaire irrégulière provoque des contractions rapides de l'oreillette, une vidange incomplète de l'oreillette et un remplissage incorrect des ventricules⁽⁷⁾.

Les impulsions électriques irrégulières provoquent un tremblement des oreillettes, à l'origine d'une onde de fibrillation sans onde P individualisable. Ce tremblement a pour conséquence une disparition de la contraction auriculaire et donc une accumulation du sang dans les oreillettes et les ventricules, ce qui accroît le risque de thromboembolie et d'accident vasculaire cérébral. Dans la fibrillation auriculaire non rhumatismale, la fréquence des accidents vasculaires cérébraux ischémiques est de 5%, soit 2 à 7 fois plus que chez un sujet ne souffrant pas de fibrillation auriculaire⁽⁴⁻⁶⁾. Les séquelles de la fibrillation auriculaire rapide sont la diminution du débit cardiaque et l'instabilité hémodynamique qui nécessite une cardioversion immédiate. Le risque d'accident vasculaire cérébral lié à la fibrillation auriculaire atteint 36% chez les patients âgés de 80 à 89 ans⁽⁴⁾. La fibrillation auriculaire augmente la mortalité de 50 à 90%, chez les hommes comme chez les femmes⁽⁶⁾.

Types

Il est courant que les patients n'aient pas conscience de leurs troubles du rythme. C'est le cas pour la fibrillation auriculaire qui peut être symptomatique ou asymptomatique^(5,7). La classification de la fibrillation auriculaire repose sur ses manifestations cliniques, selon qu'elles sont aiguës ou chroniques. La fibrillation auriculaire aiguë peut être liée à une cause transitoire et réversible. La fibrillation auriculaire chronique correspond à des épisodes récurrents ou prolongés ou à un trouble dont la date d'apparition ou la durée sont inconnues.

La fibrillation auriculaire chronique est subdivisée en fibrillation paroxystique ou prolongée, cette dernière étant elle-même subdivisée en persistante et permanente. Les épisodes paroxystiques prennent fin spontanément, mais peuvent récidiver. La fibrillation auriculaire prolongée correspond à des épisodes de durée supérieure à 30 secondes et non autolimités.

La fibrillation auriculaire persistante peut réclamer une intervention médicale, pharmacologique ou électrique urgente⁽⁴⁾. La fibrillation auriculaire permanente est un état prolongé qui n'est pas une indication de la cardioversion ou qui n'y réagit pas.

Il n'y a pas de consensus sur la terminologie. Une définition proposée pour la fibrillation auriculaire chronique paroxystique correspond à un épisode de moins de sept jours, tandis que les épisodes chroniques ont une durée supérieure à sept jours. De même, un épisode paroxystique durant plus de 48 heures peut être qualifié de persistant⁽⁷⁾. Il n'est pas rare pour les patients de passer d'un sous-groupe à un autre ou d'évoluer vers la fibrillation auriculaire chronique. Le choix du traitement varie avec l'état du patient à un moment donné⁽⁵⁾.

Traitements

Les objectifs cliniques de chaque catégorie définissent l'approche thérapeutique. Dans la fibrillation auriculaire aiguë, une cardioversion immédiate est indiquée en cas de déséquilibre hémodynamique. Lorsque la fréquence cardiaque est sous contrôle, un traitement anticoagulant doit être instauré afin de réduire le risque thromboembolique.



La fibrillation auriculaire se caractérise par un rythme ventriculaire „irrégulier“.

Le traitement du facteur déclenchant ou favorisant est indispensable à l'obtention et au maintien d'un rythme sinusal normal. Par exemple, le traitement d'une hyperthyroïdie peut être la seule mesure nécessaire pour faire disparaître une fibrillation auriculaire aiguë associée.

Une publication récente commune de l'ACC (American College of Cardiology), de l'AHA (American Heart Association) et de l'ESC (European Society of Cardiology) suggère que de nombreuses voies de réentrée pourraient être présentes dans la fibrillation auriculaire, à la différence d'autres troubles du rythme qui ne comportent qu'un seul circuit de réentrée^(4,7). Les Directives Pratiques donnent à penser que le taux de succès de la cardioversion pharmacologique ou électrique peut être plus élevé si la fibrillation auriculaire est présente depuis moins de 24 heures. L'hypothèse d'un remodelage électrique auriculaire au cours de la fibrillation auriculaire persistante semble confirmée par les taux de succès plus élevés de l'intervention précoce^(4,7).

Dans la fibrillation auriculaire paroxystique, l'objectif clinique est de diminuer la fréquence des épisodes et le traitement anti-thrombolytique. Il est possible que les patients faisant rarement des crises ou légèrement symptomatiques n'aient pas besoin d'un traitement anti-arythmique. Le traitement anticoagulant est indiqué avant la cardioversion pour fibrillation auriculaire persistante ou à titre de prophylaxie à long terme des accidents vasculaires cérébraux et des accidents thromboemboliques.

Selon les Directives pour le Traitement des Patients atteints de Fibrillation Auriculaire de l'ACC/AHA/ESC, le traitement anticoagulant est recommandé pendant les 3 à 4 semaines qui précèdent et qui suivent la cardioversion dans la fibrillation auriculaire dont la durée d'évolution est inconnue ou celle d'une durée supérieure à 48 heures. L'élaboration d'une stratégie thérapeutique est en cours afin de coordonner l'état actuel de la fibrillation auriculaire avec n'importe quelle pathologie cardiaque sous-jacente⁽⁴⁾.

Une fibrillation auriculaire persistante peut, dans la plupart des cas, être traitée avec succès par une cardioversion électrique. La fréquence du rétablissement d'un rythme sinusal avec une cardioversion varie de 70 à 90%⁽⁷⁾. Cependant, les patients subissant une cardioversion sont exposés à un risque significatif d'accident thromboembolique et ont donc besoin d'un traitement anticoagulant avant une cardioversion réalisée à froid⁽⁵⁾. La fibrillation auriculaire permanente est la catégorie correspondant aux patients qui ne conservent pas un rythme sinusal après une cardioversion ou qui ne sont pas candidats à cette intervention. L'objectif thérapeutique chez ces patients est d'obtenir le contrôle de la fréquence cardiaque et de prévenir les accidents thromboemboliques⁽⁷⁾.

Bibliographie:

1. Flegel KM, Shipley MJ, Rose G. Risk of stroke in non-rheumatic atrial fibrillation. Erratum in: Lancet 1987; 1:878. Lancet 1987;1:526-9.
2. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22:983-8.
3. Furberg CD, Psaty BM, Manolio TA, Gardin JM, Smith VE, Rautaharju PM. Prevalence of atrial fibrillation in elderly subjects (the Cardiovascular Health Study). American Journal of Cardiology 1994;74:236-41.
4. Fuster V, Ryden LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to develop guidelines for the management of patients with atrial fibrillation) developed in collaboration with the North American Society of Pacing and Electrophysiology. European Heart Journal 2001;22:1852-923.
5. Prystowsky EN, Benson DW, Fuster V, Hart RG, Kay GN, Myerburg RJ, et al. Management of patients with atrial fibrillation. A statement for healthcare professionals from the subcommittee on electrocardiography and electrophysiology, American Heart Association. Circulation 1996;93:1262-77.
6. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. Circulation 1998;98:946-52.
7. Levy S, Breithardt G, Campbell RW, Camm AJ, Daubert JC, Allessie M, et al. Atrial fibrillation: current knowledge and recommendations for management. Working Group of Arrhythmias of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 1998;19:1294-320.



èrement irrégulier"