

# Traitement antithrombotique dans la fibrillation auriculaire

Daniel E. Singer, MD, Chair; Gregory W. Albers, MD; James E. Dalen, MD, MPH, Master FCCP;  
Alan S. Go, MD; Jonathan L.  
Chest 2004; 126: 429S-456S

## 1.0 TRAITEMENT ANTITHROMBOTIQUE AU LONG COURS DANS LA FIBRILLATION AURICULAIRE CHRONIQUE OU LE FLUTTER AURICULAIRE PAR ANTI-COAGULANTS ET ANTIPLAQUETTAIRES

### 1.1 Fibrillation Auriculaire

**1.1.1** Chez les patients ayant une Fibrillation Auriculaire (FA) persistante (encore appelée « soutenue » et incluant les patients déclarés comme « permanents » dans certaines classifications) ou FA paroxystique (FAP ; intermittente) à haut risque d'accident vasculaire cérébral (i.e. ayant l'une de ces caractéristiques : antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique, AIT ou embolie systémique, âge > 75 ans, défaillance modérée ou sévère de la fonction systolique ventriculaire gauche et/ou défaillance cardiaque congestive, antécédent d'hypertension ou diabète), nous recommandons une anticoagulation par AVK tel que la warfarine (INR cible 2,5 ; extrêmes 2,0 à 3,0) (**Niveau 1A**).

**1.1.2** Chez les patients ayant une FA persistante ou FAP, âgés de 65 à 75 ans, en l'absence d'autres facteurs de risque, nous recommandons un traitement antithrombotique (**Niveau 1A**). Un AVK tel que la warfarine (INR cible 2,5 ; extrêmes 2,0 à 3,0) ou l'aspirine 325 mg/j sont des alternatives acceptables dans ce groupe de patients à risque intermédiaire d'AVC.

**1.1.3** Chez les patients ayant une FA persistante ou FAP, âgés de moins de 65 ans et sans autre facteur de risque, nous recommandons l'aspirine, 325 mg/j (**Niveau 1B**).

*Motivations et préférences : l'anticoagulation par AVK, tel que la warfarine, a une bien meilleure efficacité que l'aspirine pour la prévention d'un AVC, particulièrement pour la prévention d'un AVC ischémique sévère, en cas de FA. Nous recommandons l'option thérapeutique par aspirine chez les sujets à faible risque en 1.1.2 et 1.1.3 estimant que le bénéfice absolu attendu du traitement anticoagulant ne vaudrait pas l'augmentation du risque hémorragique ni la contrainte de l'anticoagulation. Chaque patient à faible risque pourrait choisir rationnellement l'anticoagulant plutôt que le traitement par aspirine pour obtenir une meilleure protection contre l'AVC ischémique s'il privilégie beaucoup plus la protection contre l'AVC que la réduction du risque hémorragique et la contrainte*

*de la surveillance de l'anticoagulation.*

### 1.2 Flutter Auriculaire

**1.2** Pour les patients ayant un flutter auriculaire, nous suggérons que les décisions du traitement antithrombotique suivent les mêmes recommandations que pour la FA, basées sur le risque (**Niveau 2C**).

### 1.3 Valvulopathie cardiaque et Flutter Auriculaire

**1.3.1** Chez les patients ayant une FA avec sténose mitrale, nous recommandons une anticoagulation par AVK, tel que la warfarine (INR cible 2,5 ; extrêmes 2,0 à 3,0) (**Niveau 1C+**).

**1.3.2** Chez les patients ayant une FA avec prothèse valvulaire cardiaque, nous recommandons une anticoagulation par AVK, tel que la warfarine (**Niveau 1C+**).

*Remarque : l'intensité cible de l'anticoagulation pourrait être un INR à 3,0 (extrêmes 2,5 à 3,5) i.e. supérieur à l'INR cible classique de 2,5 (extrêmes 2,0 à 3,0) et il serait approprié d'ajouter de l'aspirine, selon le type de prothèse, sa position, et d'autres facteurs de risque (voir chapitre de Salem et al. dans ce Supplément).*

### 1.4 Fibrillation Auriculaire après chirurgie cardiaque

**1.4** En cas de FA survenue peu de temps après une intervention à cœur ouvert et durant plus de 48 heures, nous suggérons une anticoagulation par AVK, tel que la warfarine, si le risque hémorragique est acceptable (**Niveau 2C**). L'INR cible est 2,5 (extrêmes 2,0 à 3,0). Nous suggérons de continuer l'anticoagulation pendant plusieurs semaines suivant le retour à un rythme sinusal normal, tout particulièrement si les patients ont des facteurs de risque thrombo-embolique (**Niveau 2C**).

## 2.0 ANTICOAGULATION POUR CARDIOVERSION ÉLECTIVE CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE FIBRILLATION AURICULAIRE OU UN FLUTTER AURICULAIRE

**2.1.1** Chez les patients avec une FA  $\geq$  48 h ou de durée indéterminée, pour lesquels une cardioversion pharmacologique ou électrique est prévue, nous recommandons une anticoagulation par AVK, tel que la warfarine (INR cible 2,5, extrêmes 2,0 à 3,0) pendant 3 semaines avant la cardioversion élective

et au moins 4 semaines après la cardioversion réussie (**Niveau 1C+**).

*Remarque : Cette recommandation est appliquée sans se soucier du statut de facteur de risque du patient. Le maintien de l'anticoagulation au-delà de 4 semaines est fondé si le patient a eu plus d'un épisode de FA et sur son statut en facteur de risque. Les sujets ayant eu plus d'un épisode de FA devraient être considérés comme ayant une FAP (voir recommandations 1.1.1, 1.1.2 et 1.1.3).*

**2.1.2** Chez les patients avec une FA  $\geq 48$  h ou de durée indéterminée, ayant une cardioversion pharmacologique ou électrique, une alternative à la stratégie soulignée dans la recommandation 2.1.1 est l'anticoagulation (héparine standard IV immédiate avec un TCA cible de 60 sec (extrêmes 50 à 70 sec) ou au moins 5 jours de warfarine avec un INR cible 2,5 (extrêmes 2,0 à 3,0) au moment de la cardioversion et une échographie transoesophagienne de screening. Si aucun thrombus n'est observé et la cardioversion réussie, nous recommandons une anticoagulation (INR cible 2,5 ; extrêmes 2,0 à 3,0) pendant au moins 4 semaines. Si un thrombus est observé à l'échographie, la cardioversion pourrait alors être différée et l'anticoagulation poursuivie indéfiniment. Nous recommandons de renouveler l'échographie transoesophagienne avant toute cardioversion ultérieure (**toutes de Niveau 1B**).

*Remarque : l'utilité d'une approche conventionnelle et guidée par échographie transoesophagienne est probablement comparable. Cette recommandation est appliquée sans se soucier du statut en facteur de risque du patient. Le maintien de l'anticoagulation au-delà de 4 semaines est fondé si le patient a eu plus d'un épisode de FA et sur son statut en facteur de risque. Les sujets ayant eu plus d'un épisode de FA devraient être considérés comme ayant une FAP (voir recommandations 1.1.1, 1.1.2 et 1.1.3).*

**2.1.3.** Chez les patients ayant une FA de durée connue  $< 48$  h, nous suggérons que la cardioversion soit réalisée sans anticoagulation (**Niveau 2C**). Toutefois, chez les patients sans contre-indication à l'anticoagulation, nous suggérons de débuter l'héparine IV (TCA cible 60 sec ; extrêmes 50 à 70 sec) ou l'HBPM (aux doses thérapeutiques pour TVP) dès leur réception (**Niveau 2C**).

*Remarque : Chez les patients avec des facteurs de risque d'AVC, il est particulièrement important*

*d'être sûr que la durée de la FA est  $< 48$  h. Chez de tels patients avec facteurs de risque, une approche guidée par échographie transoesophagienne (voir 2.1.2) est une option stratégique raisonnable. L'anticoagulation post-cardioversion est fondée si le patient a eu plus d'un épisode de FA et sur son statut en facteur de risque. Les sujets ayant eu plus d'un épisode de FA devraient être considérés comme ayant une FAP (voir recommandations 1.1.1, 1.1.2 et 1.1.3).*

**2.1.4.** En cas de cardioversion en urgence pour laquelle l'approche guidée par échographie transoesophagienne n'est pas possible, nous suggérons l'héparine standard IV (TCA cible 60 sec ; extrêmes 50 à 70 sec) à débiter dès que possible et suivie par 4 semaines d'anticoagulation par AVK oral, tel que la warfarine (INR cible 2,5 ; extrêmes 2,0 à 3,0) si le rythme sinusal normal persiste après la cardioversion (**Niveau 2C**).

*Remarque : Le maintien de l'anticoagulation au-delà de 4 semaines est fondé si le patient a eu plus d'un épisode de FA et sur son statut en facteur de risque. Les sujets ayant eu plus d'un épisode de FA devraient être considérés comme ayant une FAP (voir recommandations 1.1.1, 1.1.2 et 1.1.3).*

**2.1.5.** Pour la cardioversion des patients ayant un Flutter Auriculaire, nous suggérons l'utilisation des anticoagulants de la même manière que pour la cardioversion des patients avec FA (**Niveau 2C**).