

Nouvelles recommandations américaines sur la fibrillation atriale : place à la prévention

Vincent Richeux

22 décembre 2023

Washington, Etats-Unis — Les recommandations américaines sur le diagnostic et la prise en charge de la fibrillation atriale ont été mises à jour. La classification de l'arythmie cardiaque y est redéfinie en distinguant pour la première fois quatre stades, dont deux stades pré-arythmiques, qui mettent en avant le rôle majeur des facteurs de risque et de la prévention primaire.

Autre nouveauté : la place de l'ablation par cathéter comme traitement de première ligne en cas de contrôle du rythme est nettement renforcée. Pour aider les praticiens à choisir l'ablation en première intention dans le contrôle du rythme sinusal selon le profil des patients, les experts ont mis à disposition [un outil spécifique accessible en ligne](#) précisant pour chaque cas le niveau de recommandation de l'ablation.

Publiées dans le [Journal of the American College of Cardiology](#) et [Circulation](#), ces recommandations ont été émises par l'**American College of Cardiology (ACC)**, l'**American Heart Association (AHA)**, l'**American College of Chest Physicians (ACCP)** et la **Heart Rhythm Society (HRS)**. Elles font suite à la présente version de 2019 et aux [recommandations européennes](#) de l'**European Society of Cardiology (ESC)** de 2020.

Dans ce document, les auteurs présentent une nouvelle classification de la FA qui ne tient plus seulement compte de la durée de l'arythmie, mais inclus également les facteurs de risque. Les quatre stades définis sont les suivants :

- **Stade 1 (Risque de FA)** : présence de facteurs de risque (âge, hypertension artérielle, surpoids, apnée du sommeil, diabète de type 2...) ;
- **Stade 2, (Pré-FA)**: mise en évidence de résultats cliniques évoquant des anomalies sur le plan anatomique (dilatation des oreillettes...) ou électrique qui prédisposent à une FA;
- **Stade 3, (FA)**: diagnostic de FA de type paroxystique, avec des épisodes d'arythmie intermittents (stade 3A), persistante lorsque les épisodes durent plus d'une semaine (stade 3B), persistante de longue durée lorsque la durée dépasse un an malgré une stratégie de contrôle du rythme (stade 3C) ou contrôlée après ablation (stade 3D);
- **Stade 4 (FA permanente)**: les arythmies durent plus d'un an et sont résistantes à toute intervention thérapeutique de contrôle du rythme.

Selon les auteurs, cette classification amène à percevoir la FA dans sa continuité, « ce qui implique de recourir à chaque étape à diverses stratégies en utilisant la prévention, la modification du mode de vie et des facteurs de risque, le dépistage et le traitement ».

Ces recommandations soulignent ainsi « la nécessité de modifier le mode de vie et les facteurs de risque, en plus du traitement médical ».

Impliquer davantage les soins primaires

Dans les précédentes recommandations, la FA était définie à partir du stade 3. « La création de ces stades 1 et 2 préliminaires à la FA est un moyen d'insister sur l'importance des facteurs de risque dans la prise en charge de la fibrillation atriale qui ne se limite pas aux anticoagulants et aux anti-arythmiques », a commenté auprès de *Medscape édition française* le **Pr Laurent Fauchier** (CHU de Tours), qui a participé à la rédaction des dernières recommandations européennes concernant la FA.

La création de ces stades 1 et 2 préliminaires à la FA est un moyen d'insister sur l'importance des facteurs de risque dans la prise en charge de la fibrillation atriale Pr Laurent Fauchier

« Il s'agit d'un moyen d'affirmer que le traitement de la FA commence bien en amont, en intervenant sur les facteurs de risque », en particulier l'hypertension artérielle, le surpoids et l'apnée du sommeil, souligne le cardiologue. Ces nouvelles recommandations montrent ainsi une volonté d'impliquer davantage les soins primaires et pas uniquement la cardiologie et la rythmologie.

« La prise en charge est globale et pluridisciplinaire. Elle implique les cardiologues, les rythmologues, mais aussi les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmier.es, les professionnels engagés dans l'éducation thérapeutique, les kinésithérapies, les diététiciens... Avec l'objectif de dépister les facteurs de risque et d'apporter les informations pour réduire le risque de FA. »

« Les recommandations mettent l'accent sur la gestion des facteurs de risque tout au long de la maladie et proposent en conséquence des directives plus impératives sur la perte de poids, l'activité physique, le sevrage tabagique, la consommation d'alcool, l'hypertension et les autres comorbidités », indiquent les experts.

Progression de la fermeture de l'AGG

Concernant le traitement par anticoagulant en prévention du risque d'accident vasculaire, pas de changements majeurs dans ces nouvelles recommandations qui maintiennent les indications d'anticoagulation sur la base du score CHA₂DS₂VASc. A noter toutefois une progression de la fermeture percutanée de l'appendice auriculaire gauche (AGG). Le dispositif peut désormais être plus largement envisagé en cas de contre-indication à l'anticoagulation (Classe IIa).

Aux Etats-Unis, cette technique étant plus fréquemment utilisée, « des données observationnelles ont pu confirmer la sécurité relative du dispositif et de sa mise en place », ce qui a conduit les experts à augmenter le niveau des recommandations pour cette approche préventive, a précisé le Pr Fauchier. « Le niveau de preuve sur l'efficacité du dispositif en prévention de l'AVC reste toutefois encore limité ».

Pour rappel, en France, l'occlusion de l'AAG est indiquée chez les patients atteints de FA à haut risque d'AVC (CHA₂DS₂-VASc \geq 4) et une contre-indication formelle et définitive aux

anticoagulants oraux. Avec ces indications assez restrictives, « on traite ainsi 1 000 à 2 000 patients par an, contre près de 50 000 aux Etats-Unis ».

Dans les recommandations européennes, la fermeture percutanée de l'AAG est moins largement envisagée (Classe IIb). « En dehors de certains patients en impasse thérapeutique avec les médicaments, il est incertain que les prochaines recommandations européennes suivent exactement la version américaine pour cette procédure invasive et plutôt coûteuse, qui a un niveau de preuve moyen pour son efficacité », estime le Pr Fauchier.

Intérêt du contrôle précoce du rythme

En ce qui concerne le contrôle du rythme cardiaque, les recommandations se montrent en faveur d'une intervention précoce et continue. Chez les patients ayant reçu un diagnostic récent de FA (moins d'un an), avec ou sans symptômes, un contrôle du rythme « peut être utile pour réduire les hospitalisations, les AVC et la mortalité », ainsi que la progression de la maladie (Classe IIa).

L'intérêt d'une stratégie de contrôle précoce du rythme avec des médicaments antiarythmiques et/ou une ablation par cathéter pour diminuer les complications cardiovasculaires a été démontré dans l'étude randomisée EAST-AFNET 4, qui a comparé cette approche à une stratégie de contrôle moins volontariste du rythme de la fréquence cardiaque, en cas de FA diagnostiquée depuis moins d'un an.

Dans cette étude, le critère d'évaluation principal était un critère composite regroupant le décès d'origine cardiovasculaire, l'AVC, le syndrome coronarien aigu ou l'hospitalisation pour une insuffisance cardiaque. Après un suivi d'une durée médiane de 5 ans, il est survenu chez 3,9 % des patients par an avec le contrôle précoce du rythme, contre 5 % par an avec un contrôle de la fréquence, soit une baisse du risque relatif de 21 % en faveur du contrôle précoce du rythme.

« Cet essai a changé la donne en montrant le bénéfice de maintenir le plus possible le rythme sinusal. Ce bénéfice a été pendant longtemps difficile à démontrer, probablement en raison des effets secondaires des antiarythmiques qui pouvaient aggraver l'insuffisance cardiaque ou avoir des effets pro-arythmiques ventriculaires », a commenté le Pr Fauchier.

« Plutôt que de ralentir le ventricule avec un contrôle de la fréquence, la tendance va vers davantage de contrôle du rythme par des médicaments antiarythmiques ou une ablation. L'essai EAST-AFNET 4 a enfin apporté la preuve qu'en étant prudent, les stratégies contemporaines de maintien du rythme sinusal permettent d'améliorer le pronostic des patients avec une FA récente. »

Préférer l'ablation aux antiarythmiques

D'autres essais ont par ailleurs montré la supériorité de l'ablation par cathéter avec isolation des veines pulmonaires (principalement par radiofréquence ou cryothérapie) par rapport aux antiarythmiques, contribuant ainsi à renforcer la progression de cette approche. « Ils suggèrent que lorsque le contrôle du rythme a été décidé, l'ablation est la méthode la plus efficace », précise le cardiologue.

Lorsque le contrôle du rythme a été décidé, l'ablation est la méthode la plus efficace

Les nouvelles recommandations américaines font donc la part belle à l'ablation désormais recommandée en première ligne « chez des patients sélectionnés » symptomatiques (Classe I). Les experts précisent qu'il s'agit « en particulier des patients jeunes avec peu de comorbidités ». Chez ces patients, « le taux de succès de l'ablation est élevé » et peut justifier le recours à cette technique, ajoute le Pr Fauchier.

Dans les recommandations européennes de 2020, l'ablation avait une recommandation de Classe 1 en cas de symptômes persistants lorsque les antiarythmiques sont inefficaces. En revanche, l'ablation en première intention s'envisageait seulement chez certains patients symptomatiques en cas de FA paroxystique (Classe 2b) et persistante (Classe 2a). Cette fois, les experts américains vont plus loin en recommandant le traitement d'emblée chez certains patients avec FA paroxystique symptomatique.

Autre nouveauté concernant l'ablation : elle est préconisée en première ligne chez les patients avec une insuffisance cardiaque et une fraction d'éjection du ventricule gauche altérée (FEVG < 35%) (Classe I). « Si l'ablation réduit les symptômes et les rechutes chez les patients plus jeunes, le bénéfice en termes de survie est plus important chez ces patients fragiles avec insuffisance cardiaque, malgré un taux de récurrence plus élevé », souligne le cardiologue.

La progression de la FA chez les patients avec une insuffisance cardiaque fait suite aux résultats des essais randomisés CABANA et CASTLE-AF. Une méta-analyse incluant ces essais a en effet montré à trois ans une amélioration des symptômes et de la FEVG, tandis que la mortalité, les hospitalisations et les AVC sont réduits de près de 50% chez ces patients avec FEVG altérée après ablation de la FA, en comparaison avec le traitement médicamenteux [4].

Des antiarythmiques non accessibles en France

[L'outil en ligne mis à disposition](#) par les experts américains vise à aider à opter pour l'ablation en première ligne selon le profil du patient (durée de la FA, présence de symptômes, oreillette dilatée ou non, insuffisance cardiaque, etc.). Selon le Pr Fauchier, « cet outil d'aide à la décision a le mérite d'aborder tous les critères dont il faut, en théorie, tenir compte ».

Enfin, pas de changement notable concernant la prescription d'antiarythmique, si ce n'est que la majorité d'entre eux sont désormais en France, soit indisponibles (dofetilide, dronedarone), soit régulièrement concernés par des difficultés d'approvisionnement (flecainide), soit soumis à des restrictions d'usage (sotalol). Seul l'amiodarone est facile d'accès, ce qui en fait l'antiarythmique par défaut, malgré ses nombreux et fréquents effets secondaires.

« Etant donné qu'il devient plus difficile de prescrire des antiarythmiques au long cours, on en vient par la force des choses à opter plus souvent pour l'ablation compte tenu de son bénéfice mis en évidence ces dernières années », souligne le Pr Fauchier. Une situation qui toutefois n'est pas sans poser problème aux cardiologues de ville, qui réclament la levée des restrictions sur les antiarythmiques et la fin des difficultés d'approvisionnement.