

Épisodes et points clés

Épisode 1 FA non compliquée : du diagnostic à la prescription du traitement initial

- Toute suspicion de FA doit être confirmée au plus tôt par un ECG.
- Le contrôle de la fréquence cardiaque est d'indication constante, le traitement anticoagulant est indiqué chez la grande majorité des patients.

Épisode 2 FA non compliquée : bilan cardiologique et traitement au long cours

- La réalisation d'une échographie transthoracique est systématique pour rechercher une valvulopathie ou une cardiopathie sous-jacente.
- Les deux facteurs clés de succès du traitement sont la qualité de la coopération généraliste-cardiologue et, en cas de traitement par ACO, l'éducation thérapeutique du patient sur les compétences à acquérir.
- Le retour au rythme sinusal n'est pas un argument suffisant en soi pour arrêter le traitement par anticoagulant ni le traitement de contrôle de la fréquence cardiaque.
- Les antiarythmiques de classe 1 et 1c, l'amiodarone et le sotalol ne sont pas des traitements de contrôle de la fréquence cardiaque.

Épisode 3 Prescrire un traitement par anticoagulant oral (AVK ou NACO)

- L'évaluation du risque thromboembolique est indispensable pour poser l'indication du traitement anticoagulant.
- Il est nécessaire de réduire les facteurs modifiables d'hémorragies, en particulier la polymédication et les chutes. Si le risque de chute ne peut pas être prévenu, d'autant plus que sont associés des troubles cognitifs, l'indication du traitement anticoagulant doit être pesée avec soin, et réévaluée régulièrement en concertation avec le patient, son entourage et les autres professionnels.
- Le traitement anticoagulant de référence est le traitement par anti-vitamines K. Les nouveaux anticoagulants oraux (NACO) sont une alternative.
- Les NACO sont contre-indiqués en cas de FA valvulaire, difficiles à manier en cas d'insuffisance rénale et contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale sévère.
- Il faut noter tout incident sur le carnet de suivi et l'apporter à chaque consultation.

Épisode 4 Prescrire un traitement de contrôle du rythme cardiaque

- Le traitement antiarythmique de maintien du rythme sinusal nécessite une surveillance au minimum annuelle par ECG.
- Sous TAA l'aggravation des palpitations et/ou la survenue de lipothymies ou syncope nécessitent une consultation cardiologique en urgence.
- Sauf exception, il ne faut pas associer deux antiarythmiques. Flecaïnide et propafénone doivent être le plus souvent associés à un bêtabloquant ou à un inhibiteur calcique bradycardisant.

Épisode 5 Prévention et prise en charge une complication hémorragique

- Une hémorragie simple ne remet pas systématiquement en cause l'indication du traitement par anticoagulant.
- Une hémorragie grave ou potentiellement grave nécessite l'hospitalisation en urgence.
- La décision de reprendre l'anticoagulant doit être prise dans un délai en fonction du risque de récurrence hémorragique et de son indication, et nécessite une concertation pluridisciplinaire.

Épisode 6 Prise en charge en cas de décompensation cardiaque révélant ou compliquant une FA

- Tout patient hospitalisé pour fibrillation auriculaire compliquée d'insuffisance cardiaque doit bénéficier d'un suivi pluriprofessionnel en post-hospitalisation.

Épisode 7 FA révélée ou compliquée par un accident vasculaire cérébral

- Tout patient à risque doit être informé des signes évocateurs d'AIT et d'AVC et de la conduite à tenir.
- Devant toute suspicion d'AVC ou d'AIT, le patient, son entourage ou les premiers secours doivent en premier lieu appeler directement le SAMU en urgence pour évaluation puis transfert en milieu spécialisé (USINV après imagerie cérébrale).
- Selon les résultats de l'imagerie : en cas d'hémorragie cérébrale, un antidote du traitement anticoagulant AVK sera administré. En cas d'ischémie cérébrale, un traitement thrombolytique pourra être envisagé selon le délai de prise en charge et le niveau d'anticoagulation.

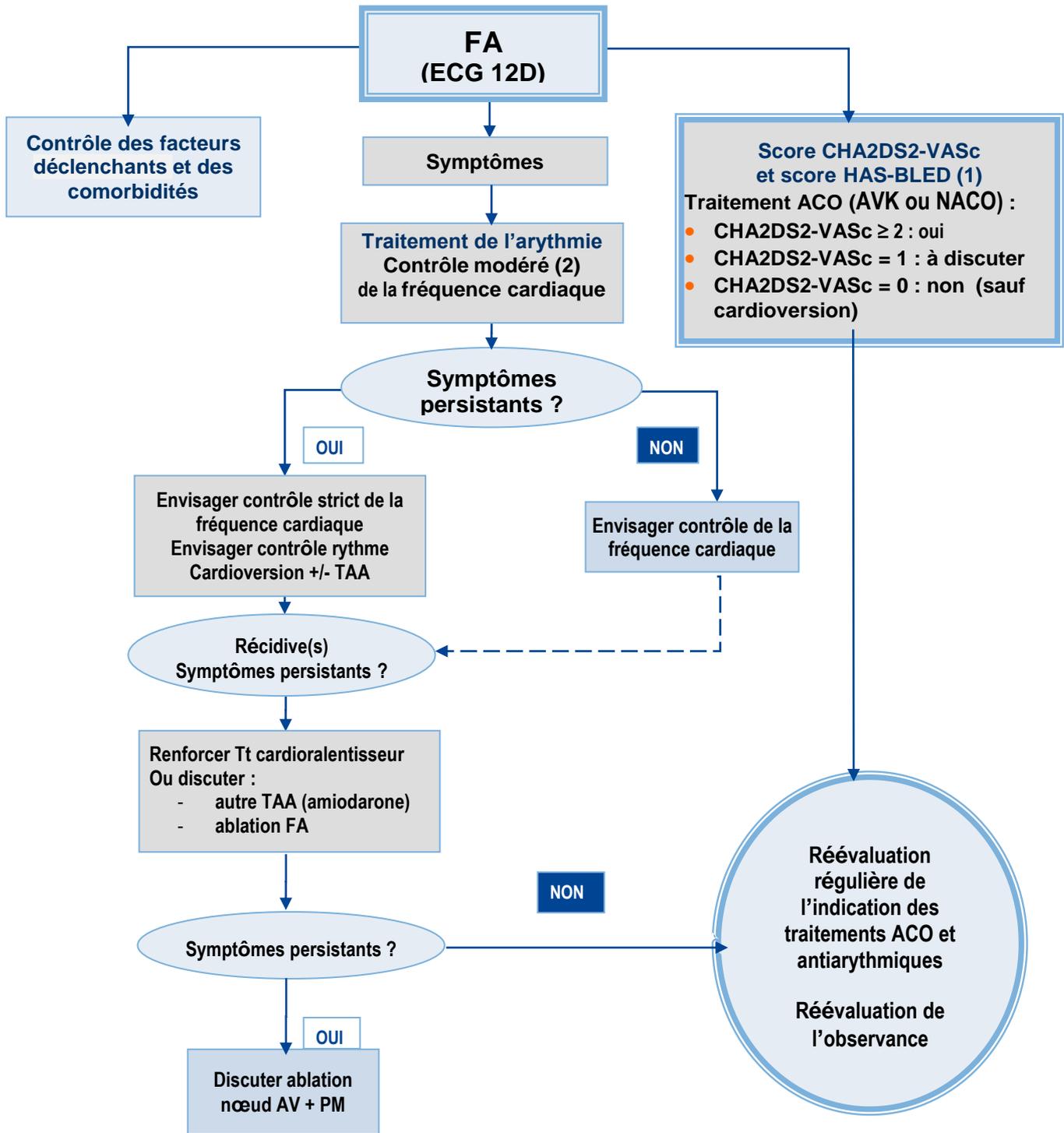
Épisode 8 Conduite à tenir en cas d'intervention chirurgicale ou de geste invasif chez des patients traités par ACO

- Le relais des anticoagulants oraux par héparine est une situation à haut risque d'accidents et ne doit pas être systématique : son indication dépend de l'évaluation des risques hémorragique et thromboembolique.
- Réévaluer régulièrement les risques de la maladie et des traitements et les indications thérapeutiques.
- Poser régulièrement la question des difficultés à suivre le traitement (observance), particulièrement sous NACO.

Conditions à réunir

- Mettre en place les canaux de communication rapide entre médecins généralistes et cardiologues.
- S'assurer qu'un ECG et une consultation cardiologique peuvent être obtenus rapidement pour tous les patients chez qui une FA non compliquée est suspectée sans certitude diagnostique.
- Établir un consensus entre tous les acteurs sur les messages à délivrer aux patients afin de les harmoniser. Cela peut faire l'objet d'un protocole pluriprofessionnel élaboré localement.
- Inciter à l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge des patients traités par anticoagulants. [Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours - Exemple gestion quotidienne des AVK](#)
- Inciter à une organisation en équipes pluriprofessionnelles pour l'éducation thérapeutique des patients traités par anticoagulants.
- Expérimenter des protocoles d'autosurveillance de l'INR et d'auto-adaptation des doses d'AVK par des patients traités par AVK pendant plus de 1 an, motivés et aptes à le faire, avec mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique. [Synthèse de l'évaluation de l'autosurveillance de l'INR chez les patients adultes](#)

Schéma général de prise en charge de la FA



(1) Ou score HAEMORRHAGE chez les sujets âgés

(2) Le contrôle strict de la fréquence cardiaque correspond à :

60 < fréquence cardiaque < 80 battements/minute au repos ;

90 < fréquence cardiaque < 115 battements/minute à l'exercice (Holter).

Le contrôle modéré recherche une fréquence cardiaque < 110 battements/minute au repos.

Annexe

Le score CHA2DS2-VASc

Ce score est basé sur un système de points selon les facteurs de risque et permet de quantifier le risque thromboembolique artériel chez les patients avec FA non valvulaire. Il ne s'applique pas à la FA valvulaire.

Facteurs de risque thromboembolique Patient sans FA valvulaire	Facteur de risque	Score
IC congestive/dysfonction ventriculaire gauche	Significatif	1
HTA	Significatif	1
Âge > 75 ans	Majeur	2
- 65-74 ans	Significatif	1
Diabète	Significatif	1
AVC/AIT	Majeur	2
Atteinte vasculaire (infarctus du myocarde, artériopathie périphérique)	Significatif	1
Sexe féminin	Significatif	1
Score CHA2DS2-VASc maximal		9

D'après ESC 2012

Le score CHA2DS2-VASc est fortement corrélé au risque de survenue d'un AVC : risque de 1 % par an en cas de score CHA2DS2-VASc = 0 ; risque de 3 % en cas de score CHA2DS2-VASc = 3 et de 15 % en cas de score CHA2DS2-VASc = 9. Le traitement par ACO réduit fortement ce risque.

■ Score HAS-BLED

Le risque hémorragique est élevé en cas de score ≥ 3 .

Score HAS-BLED		
Lettre	Signe clinique	Points attribués
H	HTA (PAS > 160 mmHg)	1
A	Insuffisance rénale (créatininémie > 200 $\mu\text{mol/L}$) ou hépatique (cirrhose ou bilirubinémie > 2N et transaminases > 3N)	1 ou 2
S	Antécédent d'AVC	1
B	Saignement (antécédent de saignement ou prédisposition au saignement)	1
L	INR instable (< 60 % dans la zone thérapeutique)	1
E	Âge > 65 ans	1
D	Médicaments (antiagrégants, AINS) ou alcool 1 point par item	1 ou 2

INR : international normalized ratio