

Quizz sur la fibrillation atriale

Dr Sophie LE PAGE

Service de Cardiologie CHU Angers

FMC Médecine Générale 09/06/2016



Guidelines for the management of atrial fibrillation

The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA)†

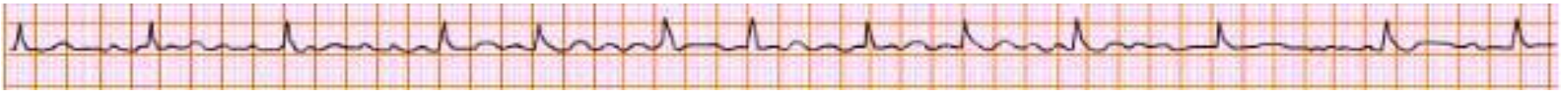
Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)



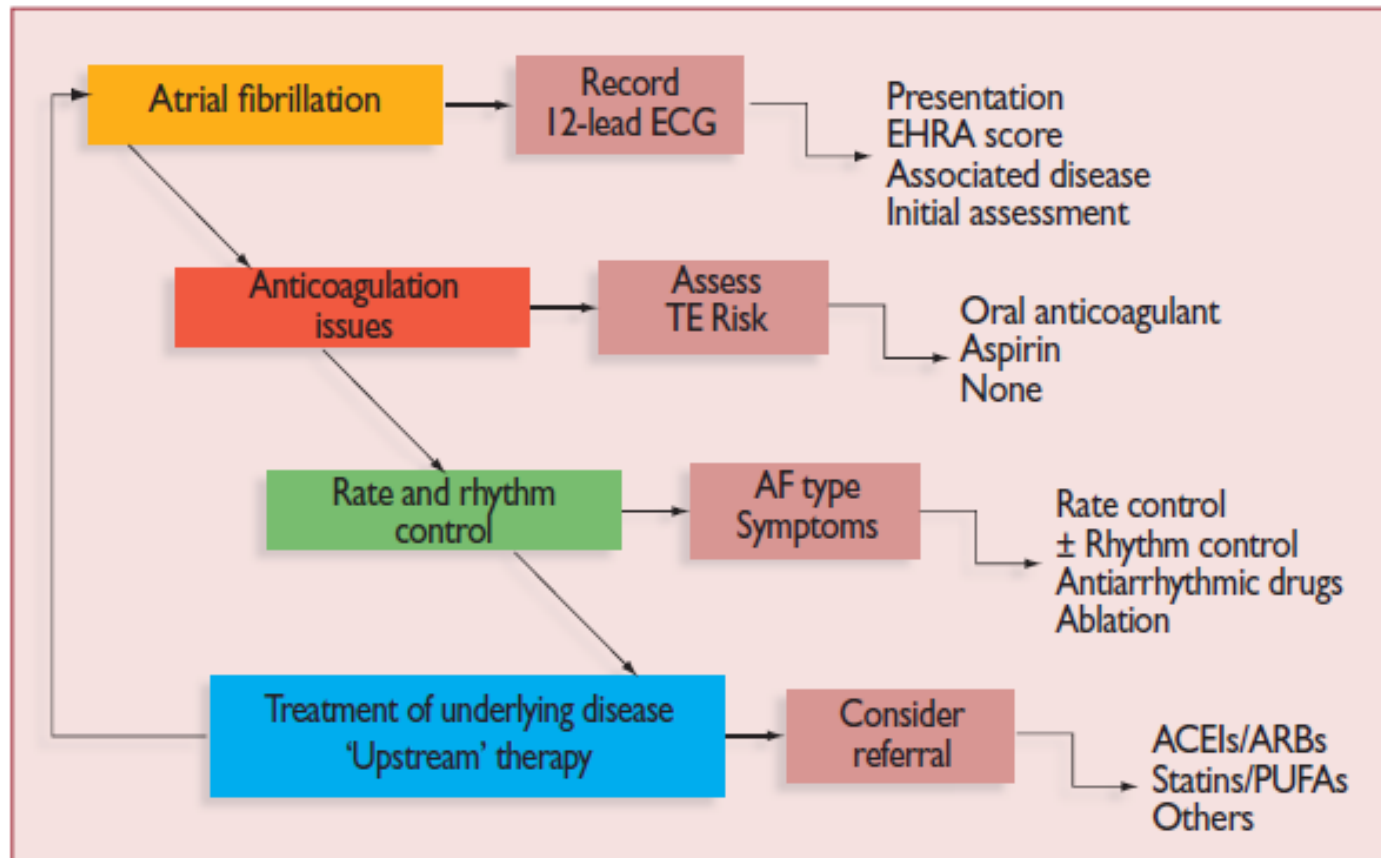
2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association



- ACFA : la + fréquente des arythmies
- Touche 1 à 2% de la population générale
→ 5-15% des patients à partir de 80 ans



Comment décider d'anticoaguler au long cours
un patient ?

Avant ...

Table 7 CHADS₂ score and stroke rate

| CHADS ₂ score | Patients (n=1733) | Adjusted stroke rate (%/year) ^a (95% confidence interval) |
|--------------------------|-------------------|--|
| 0 | 120 | 1.9 (1.2–3.0) |
| 1 | 463 | 2.8 (2.0–3.8) |
| 2 | 523 | 4.0 (3.1–5.1) |
| 3 | 337 | 5.9 (4.6–7.3) |
| 4 | 220 | 8.5 (6.3–11.1) |
| 5 | 65 | 12.5 (8.2–17.5) |
| 6 | 5 | 18.2 (10.5–27.4) |

C Congestive (IC)

H HTA

A Age ≥ 75 ans

D Diabète

S Stroke (2 points)

Score de risque ischémique : CHA₂DS₂ VASC

(b) Risk factor-based approach expressed as a point based scoring system, with the acronym CHA₂DS₂-VASC

(Note: maximum score is 9 since age may contribute 0, 1, or 2 points)

| Risk factor | Score |
|---|----------|
| Congestive heart failure/LV dysfunction | 1 |
| Hypertension | 1 |
| Age ≥75 | 2 |
| Diabetes mellitus | 1 |
| Stroke/TIA/thrombo-embolism | 2 |
| Vascular disease ^a | 1 |
| Age 65–74 | 1 |
| Sex category (i.e. female sex) | 1 |
| Maximum score | 9 |

(c) Adjusted stroke rate according to CHA₂DS₂-VASC score

| CHA ₂ DS ₂ -VASC score | Patients (n=7329) | Adjusted stroke rate (%/year) ^b |
|--|-------------------|--|
| 0 | 1 | 0% |
| 1 | 422 | 1.3% |
| 2 | 1230 | 2.2% |
| 3 | 1730 | 3.2% |
| 4 | 1718 | 4.0% |
| 5 | 1159 | 6.7% |
| 6 | 679 | 9.8% |
| 7 | 294 | 9.6% |
| 8 | 82 | 6.7% |
| 9 | 14 | 15.2% |

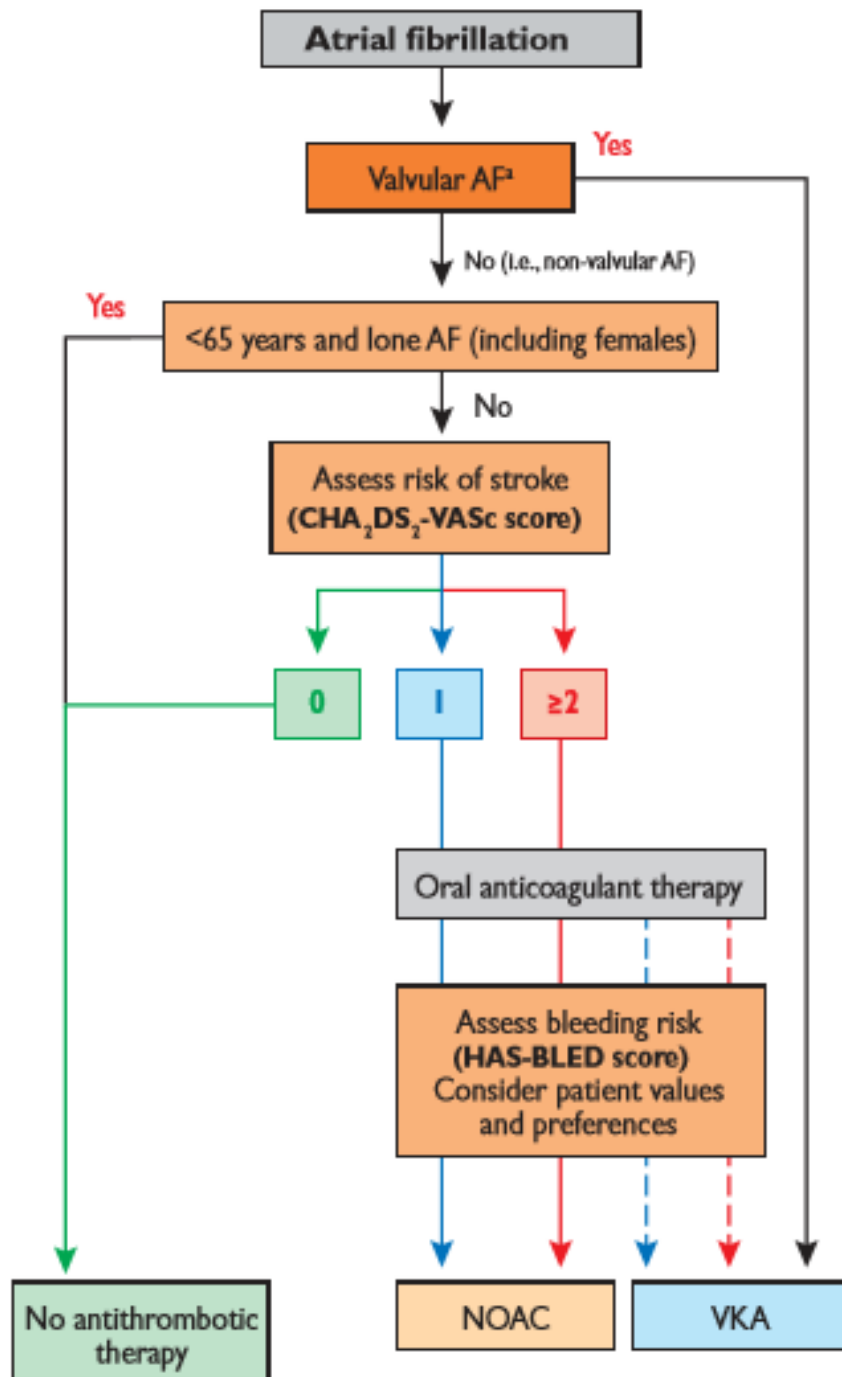
Score de risque hémorragique : HASBLED

| Letter | Clinical characteristic ^a | Points awarded |
|----------|--|------------------|
| H | Hypertension | 1 |
| A | Abnormal renal and liver function (1 point each) | 1 or 2 |
| S | Stroke | 1 |
| B | Bleeding | 1 |
| L | Labile INRs | 1 |
| E | Elderly (e.g. age >65 years) | 1 |
| D | Drugs or alcohol (1 point each) | 1 or 2 |
| | | Maximum 9 points |

- Score de risque élevé si ≥ 3
- Ne contre-indique pas l'anticoagulation ++

Recommandations actuelles

| Risk category | CHA ₂ DS ₂ -VASc score | Recommended antithrombotic therapy |
|--|--|---|
| One 'major' risk factor or ≥ 2 'clinically relevant non-major' risk factors | ≥ 2 | OAC ^a |
| One 'clinically relevant non-major' risk factor | 1 | Either OAC ^a or aspirin 75–325 mg daily. Preferred: OAC rather than aspirin. |
| No risk factors | 0 | Either aspirin 75–325 mg daily or no antithrombotic therapy. Preferred: no antithrombotic therapy rather than aspirin. |



Recommendations for prevention of thromboembolism in non-valvular AF—general

Antithrombotic therapy to prevent thromboembolism is recommended for all patients with AF, except in those patients (both male and female) who are at low risk (aged <65 years and lone AF), or with contraindications.

I

A

The choice of antithrombotic therapy should be based upon the absolute risks of stroke/thromboembolism and bleeding and the net clinical benefit for a given patient.

I

A

The CHA₂DS₂-VASc score is recommended as a means of assessing stroke risk in non-valvular AF.

I

A

In patients with a CHA₂DS₂-VASc score of 0 (i.e., aged <65 years with lone AF) who are at low risk, with none of the risk factors, no antithrombotic therapy is recommended.

I

B

Intérêt d'un anti-aggrégant plaquettaire ? (1)

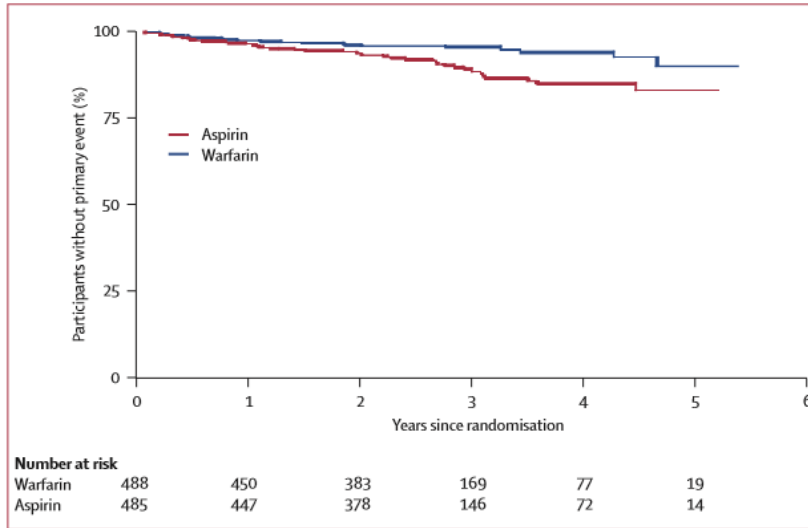


Figure 3: Kaplan-Meier plot of time to primary event

BAFTA study

973 patients de plus de 75 ans avec FA documentée

Comparaison Coumadine vs Aspirine 75mg/j

| | Warfarin (n=488) | | Aspirin (n=485) | | Warfarin vs aspirin | |
|---------------------------------|------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------------|--------|
| | n | Risk per year | n | Risk per year | RR (95% CI) | p |
| Stroke | 21 | 1.6% | 44 | 3.4% | 0.46 (0.26-0.79) | 0.003 |
| By severity | | | | | | |
| Fatal | 13 | 1.0% | 21 | 1.6% | 0.59 (0.27-1.24) | 0.14 |
| Disabling non-fatal | 8 | 0.6% | 23 | 1.8% | 0.33 (0.13-0.77) | 0.005 |
| Type of stroke* | | | | | | |
| Ischaemic | 10 | 0.8% | 32 | 2.5% | 0.30 (0.13-0.63) | 0.0004 |
| Haemorrhagic | 6 | 0.5% | 5 | 0.4% | 1.15 (0.29-4.77) | 0.83 |
| Unknown | 5 | 0.4% | 7 | 0.5% | 0.69 (0.17-2.51) | 0.53 |
| Other intracranial haemorrhage† | 2 | 0.2% | 1 | 0.1% | 1.92 (0.10-113.3) | 0.65 |
| Systemic embolism‡ | 1 | 0.1% | 3 | 0.2% | 0.32 (0.01-3.99) | 0.36 |
| Total number of events | 24 | 1.8% | 48 | 3.8% | 0.48 (0.28-0.80) | 0.0027 |

Lancet 2007

Intérêt d'un anti-aggrégant plaquettaire ? (2)

- A considérer **UNIQUEMENT** en cas de refus du traitement anticoagulant par le patient (AVK ou NACO)

When patients refuse the use of any OAC (whether VKAs or NOACs), antiplatelet therapy should be considered, using combination therapy with aspirin 75–100 mg plus clopidogrel 75 mg daily (where there is a low risk of bleeding) or—less effectively—aspirin 75–325 mg daily.

IIa

B

- Risque hémorragique non négligeable
- Bénéfice nettement moindre

DONC :

- Se poser les bonnes questions ++
 - mon patient a-t-il une indication d'anticoagulation au long cours ?
 - Le risque hémorragique est-il élevé ?
 - Si contre-indication formelle au traitement anticoagulant : penser à la fermeture d'auricule gauche

Quand choisir les AVK ou les NACO ?

Données de la littérature

- NACO :
 - Réduction du risque d'AVC au moins équivalent aux AVK
 - Diminution du risque d'hémorragies intracrâniennes
 - Augmentation du risque de saignement digestif

| | | |
|---|-----|---|
| <p>In patients with a CHA₂DS₂-VASc score ≥ 2, OAC therapy with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adjusted-dose VKA (INR 2–3); or • a direct thrombin inhibitor (dabigatran); or • an oral factor Xa inhibitor (e.g. rivaroxaban, apixaban)^d <p>... is recommended, unless contraindicated.</p> | I | A |
| <p>In patients with a CHA₂DS₂-VASc score of 1, OAC therapy with</p> <ul style="list-style-type: none"> • adjusted-dose VKA (INR 2–3); or • a direct thrombin inhibitor (dabigatran); or • an oral factor Xa inhibitor (e.g. rivaroxaban, apixaban)^d <p>.... should be considered, based upon an assessment of the risk of bleeding complications and patient preferences.</p> | IIa | A |

ESC Guidelines 2012

Recommandations de l'HAS (2015)

- L'utilisation des NACO doit être limitée en 2^{ème} intention si :
 - Difficultés d'équilibration des INR
 - Refus des AVK par le patient ou AVK mal tolérés
- Hiérarchisation des molécules selon le service médical rendu
 - SMR important pour le rivaroxaban et l'apixaban, moindre pour le dabigatran
 - SMR de l'apixaban un peu supérieur à celui des AVK

Quel bilan et quel suivi pour les patients sous NACO ?


- Pas de contrôle d'efficacité
- Avant la mise en place du traitement :
 - ➔ fonction rénale
 - ➔ fonction hépatique
 - ➔ hémoglobine
- Bilan au minimum annuel par la suite avec les mêmes paramètres + en cas d'événement intercurrent
- Patients \geq de 75 ans ou <60 kg ou Clcréat entre 30 et 60 mL/min : surveillance fonction rénal / 3 mois

Quels conseils alimentaires pour les patients sous AVK ?

- Absence d'interdits alimentaires
- Favoriser une alimentation variée
- Interactions médicamenteuses ++
- Connaître les aliments riches en vitamine K, et donc susceptibles de faire varier l'INR

| Teneur en µg/100 g <i>Source : table de composition nutritionnelle du CIQUAL (2013)</i> <i>Pro.anses.fr/TableCIQUAL</i> | Aliments |
|--|--|
| 100 à 1000 µg Teneur forte | Thym*, persil*, pissenlits crus, basilic frais*, épinards cuits, huile de soja, bettes cuites, chicorée frisée, épinards crus, cresson, brocolis cuits, choux de Bruxelles cuits, laitue crue * En pratique les herbes aromatiques ne sont consommées en très faible quantités. |

| Teneur en µg/100 g <i>Source : table de composition nutritionnelle du CIQUAL (2013)</i> <i>Pro.anses.fr/TableCIQUAL</i> | Aliments |
|--|---|
| 10 à 100 µg Teneur moyenne | Chou rouge cuit, cru, huile de colza, céleri rave cru, asperges cuites, chou blanc cru, pruneau, foie de génisse, petits pois conserves, huile d'olive, poireau cru, asperges en boîte... |

| Phytothérapies et compléments nutritionnels | |
|---|---|
| Millepertuis, thé vert |  de l' INR |
| Ginseng, ginko biloba, serenaio repens, cranberry, compléments alimentaires oméga 3 à base d'huiles de poisson, glucosamine |  de l' INR |

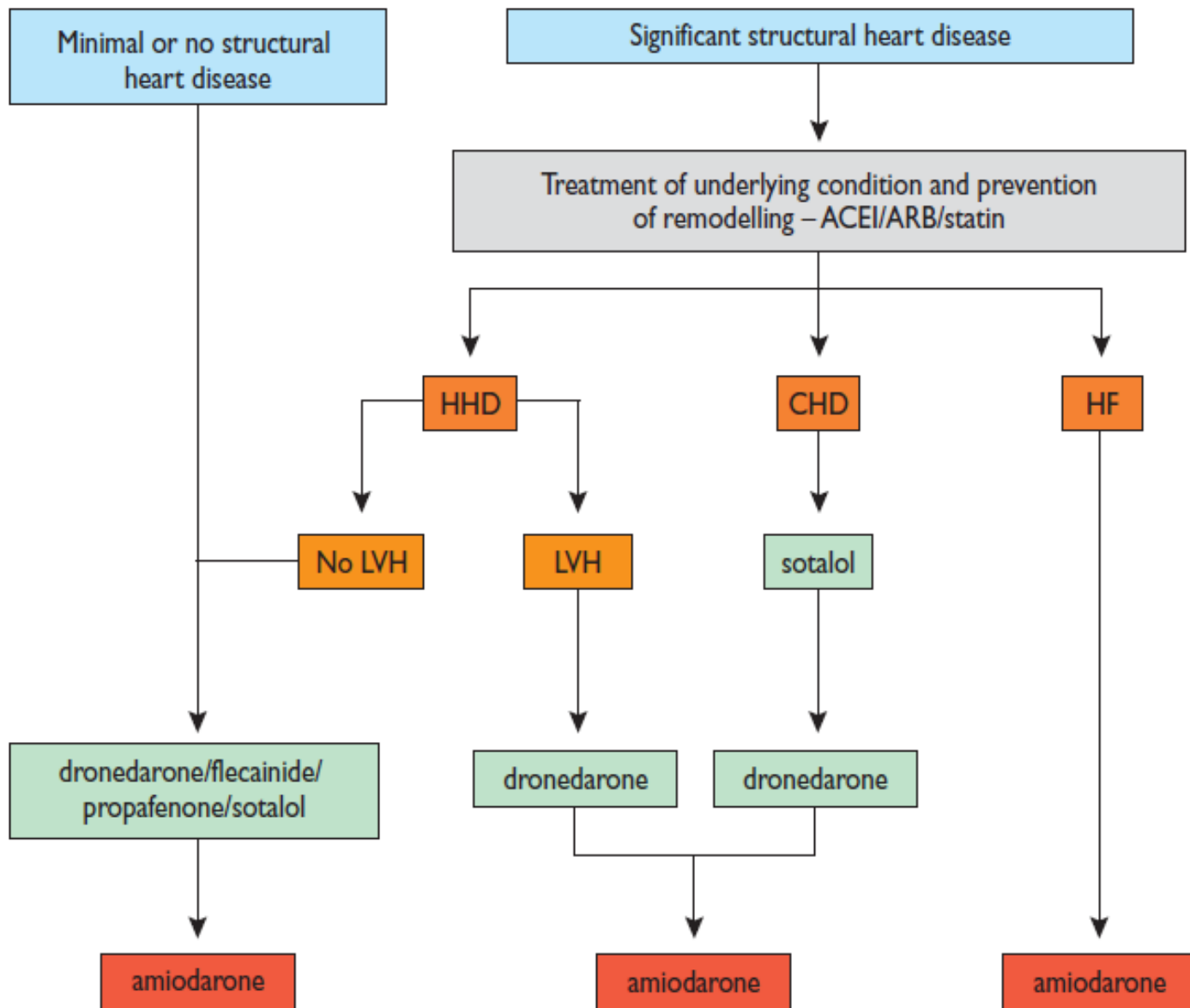
Quelles possibilités thérapeutiques pour ralentir mon patient?

- Béta-bloquants
- Inhibiteurs calciques bradycardisants
- Digoxine
- Amiodarone

| | Intravenous administration | Usual oral maintenance dose |
|--|---|----------------------------------|
| β-Blockers | | |
| Metoprolol CR/XL | 2.5–5 mg iv bolus over 2 min; up to 3 doses | 100–200 mg o.d. (ER) |
| Bisoprolol | N/A | 2.5–10 mg o.d. |
| Atenolol | N/A | 25–100 mg o.d. |
| Esmolol | 50–200 µg/kg/min iv | N/A |
| Propranolol | 0.15 mg/kg iv over 1 min | 10–40 mg t.i.d. |
| Carvedilol | N/A | 3.125–25 mg b.i.d. |
| Non-dihydropyridine calcium channel antagonists | | |
| Verapamil | 0.0375–0.15 mg/kg iv over 2 min | 40 mg b.i.d. to 360 mg (ER) o.d. |
| Diltiazem | N/A | 60 mg t.i.d. to 360 mg (ER) o.d. |
| Digitalis glycosides | | |
| Digoxin | 0.5–1 mg | 0.125 mg–0.5 mg o.d. |
| Digitoxin | 0.4–0.6 mg | 0.05 mg–0.1 mg o.d. |
| Others | | |
| Amiodarone | 5 mg/kg in 1 h, and 50 mg/h maintenance | 100 mg–200 mg o.d. |
| Dronedarone ^a | N/A | 400 mg b.i.d. |

Comment décider d'un traitement anti-arythmique ?

- But : prévenir la récurrence de FA
- En pratique :
 - A partir du 2^{ème} épisode de FA documenté, sur cœur sain
 - Dès le 1^{er} épisode si cardiopathie sous-jacente
- Cependant : morbi-mortalité liée aux anti-arythmiques ++



Conclusion

Prendre en charge la FA :

- ① Rechercher une cause favorisante et une cardiopathie éventuelle
- ② Anticoagulation de l'épisode aigu et au long cours (CHA2DS2 VASC)
- ③ Ralentir ou réduire ?