

# Fibrillation atriale

Adel Rhouati  
CHU Benbadis

## Epidemiologie

- Trouble de rythme soutenu le plus fréquent: 3% de la population adulte et augmente avec l'âge
- Apres 40 ans, 1/4 des adultes vont développer une FA
- Risque d'AVC x 5
- Risque d'insuffisance cardiaque x 3
- Risque de démence x 2
- Risque de décès x 2

## Définition

- Trouble de rythme supra ventriculaire caractérisé par une **activité atriale désorganisée** avec perte de la contraction atriale

## Etiologies

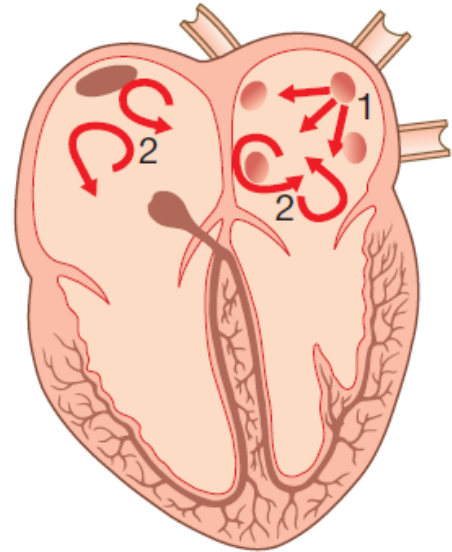
- **Cardiopathies:** HTA, maladie coronaire, valvulopathie, insuffisance cardiaque → ↑pression OG → dilatation OG
- **Pathologie respiratoire:** BPCO, apnée du sommeil, embolie pulmonaire, pneumopathie
- **Autres :** alcool, chirurgie, hyperthyroïdie
- **Idiopathique**

## Formes cliniques et physiopathologie

- **Premier épisode**
- **FA paroxystique:** se termine spontanément dans 48h parfois **jusqu'à 7j**. Déclenchée par des foyers qui déchargent au niveau des veines pulmonaires
- **FA persistante:** dure **plus de 7j**. Perpétrée par des zones de réentrée dues a des anomalies atriales structurelles et electrophysiologiques rendant difficile la restauration et le maintien du rythme sinusal
- **FA permanente:** FA acceptée, échec de cardioversion ou non tentée

## Mécanismes

1. Des battements ectopiques au niveau des **veines pulmonaires** déclenchent la FA
2. Des zones de **réentrées** atriales maintiennent la FA



## Conséquences

- **Fréquences ventriculaire rapide**: risque de **tachycardiomyopathie**
- **Perte de la contribution atriale au remplissage ventriculaire**: risque de décompensation si gêne au remplissage préexistante (RM, HVG)
- **Stase et thrombose**: généralement au niveau de l'auricule avec risque d'embolie systémique (**AVC**)

## Démarche diagnostique

- Circonstances de découverte:
  - Fortuite
  - Symptômes
  - Diagnostic positif: ECG
- Diagnostic étiologique

## Circonstance de découverte

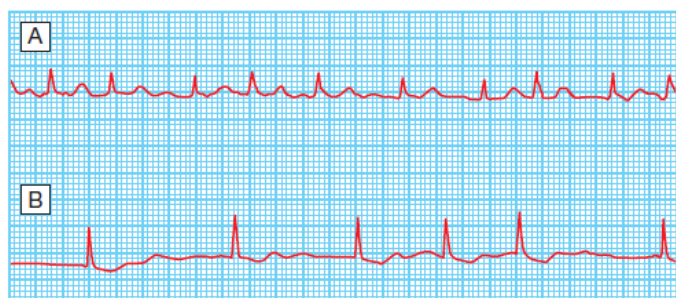
- Asymptomatique:
  - intérêt du dépistage par prise du pouls ± ECG surtout après 65 ans.
  - Holter à la recherche de FA paroxystique après AVC cryptogénique
- Fatigue+++ , palpitations, dyspnée, syncope, insuffisance cardiaque → ECG ou Holter

## Diagnostic positif: ECG

1. Intervalles RR irréguliers (en l'absence de BAV)
2. Absence d'onde P
3. Activité atriale irrégulière

A: fréquence ventriculaire souvent rapide (120-160) au début de la maladie

B: FA chronique: fréquence V plus lente (médicaments, ↓ conduction AV)



## Diagnostic étiologique

- **Echocardiographie:** systématique
- **Thorax:** si la clinique est en faveur d'une pathologie pulmonaire
- Bilan **thyroïdien**

## Traitement

### 1<sup>er</sup> épisode

- **FA mal tolérée** (hypotension sévère): cardioversion électrique immédiate
- **Patient stable:** ralentir la FC par  $\beta$ -bloquants, inhibiteurs calciques bradycardisants ou digoxine
- Discuter l'**anticoagulation:** selon le score CHADSVASc et le risque hémorragique
- Discuter la **cardioversion** si la FA persiste

### Cardioversion

- **Pharmacologique:** flecainide ou amiodarone
- **Electrique:** plus efficace
- Nécessite au moins 3 semaines d'anticoagulation avant le geste sauf si une ETO confirme l'absence de thrombus dans l'auricule gauche
- Il faut continuer l'anticoagulation au moins 4 semaines après

### FA paroxystique récurrente

- Bien tolérée: pas de traitement antiarythmique
- Mal tolérée: **antiarythmiques** (flecainide, amiodarone)
- Discuter l'**ablation** par cathétérisme si traitement inefficace ou mal toléré
- **Anticoagulation** selon CHADSVASc

### FA persistante: contrôle du rythme vs contrôle de la fréquence

- **Contrôle du rythme** (cardioversion puis maintien du rythme sinusal par antiarythmiques ou ablation): surtout si patient jeune, FA symptomatique récente sans cardiopathie.
- **Contrôle de la fréquence** (FA acceptée = FA permanente): freinateurs du nœud AV surtout si sujet âgé, FA ancienne sur cardiopathie.
- Pas de différence de mortalité entre les 2 stratégies
- Anticoagulation selon CHADSVASc

### Anticoagulation

- **FA sur RM ou valve mécanique ou clairance < 30 ml/min (Cockroft):** AVK
- **FA non valvulaire:** si CHADSVASc  $\geq 1$  chez l'homme ou  $\geq 2$  chez la femme
  - Anticoagulants oraux directs (dabigatran, rivaroxaban, apixaban):  $\searrow$  les hémorragies et la mortalité par rapport aux AVK, rapidement efficaces, ne nécessitent pas de contrôle biologique, moins d'interactions
  - Sinon AVK ( $2 < \text{INR} < 3$ )

- **Evaluer le risque hémorragique:** âge, HTA, antiagrégants et AINS, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, cancer, thrombopénie, ATCD hémorragiques, alcool,
- **Anticoagulants contre-indiqués:** fermeture percutanée de l'auricule

### Score CHA2DS2-VASC

- **C:** insuffisance cardiaque
- **H:** hypertension
- **A:** Age  $\geq$  75 ans  $\rightarrow$  2 points
- **D:** diabète
- **S** (stroke): antécédents d'AVC ou d'AIT  $\rightarrow$  2 points
- **V:** maladie vasculaire (IDM, AOMI, ...)
- **A:** âge entre 65 et 74 ans
- **Sc** (sex category): féminin

### Conclusion

- Troubles du rythme soutenu le plus fréquent
- Activité atriale irrégulière sans onde P, intervalles RR irréguliers
- Etiologies: toute cardiopathie surtout HTA et valvulopathie mitrale, maladie respiratoire, alcool, chirurgie,...
- Classification: 4P
- Risque d'insuffisance cardiaque  $\rightarrow$  contrôle du rythme (cardioversion plus AA ou ablation) ou contrôle de la fréquence (freinateurs du nœud AV)
- Risque d'AVC  $\rightarrow$  anticoagulation (AOD sinon AVK) selon CHADSVASc et le risque hémorragique