



Fibrillation auriculaire : *qui anticoaguler et quel agent utiliser?*



Josée Michaud, MD et Laurent Macle, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *Journée d'actualité en sciences vasculaires*, Société des sciences vasculaires du Québec, novembre 2007

La présence de cette arythmie augmente le risque d'événement thromboembolique de deux à sept fois, étant responsable d'environ 30 % des accidents vasculaires cérébraux chez les patients de plus de 65 ans.

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie cardiaque la plus commune. La présence de cette arythmie augmente le risque d'événement thromboembolique de deux à sept fois, étant responsable d'environ 30 % des accidents vasculaires cérébraux chez les patients de plus de 65 ans. Ce risque est présent peu importe le type de présentation clinique de la FA (paroxystique, persistante ou permanente) ainsi que chez les patients avec un flutter auriculaire. L'anticoagulation est donc primordiale dans le traitement de ces patients.

L'anticoagulation

Stratifier le risque thromboembolique

Les premiers essais cliniques avec la warfarine nous ont appris l'importance d'individualiser le traitement anticoagulant selon les facteurs de risque thromboembolique. La présence de prothèse valvulaire ou de sténose mitrale a été reconnue antérieurement comme un facteur de risque et n'a pas été évaluée dans ces études. Cependant, plusieurs autres facteurs prédisposant aux événements thromboemboliques ont été identifiés.

Dans une mise à jour récente des lignes directrices des sociétés de cardiologie américaines et européennes sur le traitement de la FA, le risque thromboembolique est évalué selon la présence de certaines caractéristiques cliniques (tableau 1).

La Dre Michaud est résidente en cardiologie à l'Université de Montréal.

Le Dr Macle est cardiologue et électrophysiologiste à l'Institut de Cardiologie de Montréal, Université de Montréal.

Tableau 1

Les facteurs de risque thromboemboliques

Facteurs de risque élevé	Facteurs de risque modéré
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent d'accident vasculaire cérébral, d'ischémie cérébrale transitoire ou d'embolie systémique • Sténose mitrale • Valve cardiaque prothétique 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge \pm 75 ans • Diabète • Hypertension • Dysfonction ventriculaire gauche ou fraction d'éjection du VG \pm 35 %

Tableau 2

L'outil de stratification du risque thromboembolique (CHADS2)

Facteur de risque	Score
Nul	0
C Congestive Heart Failure (Insuffisance cardiaque)	1
H Hypertension	1
A Âge > 75	1
D Diabète mellitus	1
S2 Stroke (Accident vasculaire cérébral / Ischémie cérébrale transitoire)	2

Un outil de stratification du risque thromboembolique facile à retenir et pratique à utiliser est le score CHADS2 (tableau 2). Il suffit d'additionner les points attribués à la présence des facteurs de risque pour déterminer le score et évaluer le risque global (score 0 = faible risque; score 1 = risque modéré; score \pm 2 = risque élevé). Cet outil est compatible avec les lignes directrices mentionnées plus haut.

Choisir l'agent

Le risque thromboembolique global du patient détermine le choix de l'agent à utiliser. Une anticoagulation avec la warfarine est recommandée chez les patients à risque élevé. L'AAS

est recommandé chez les patients à faible risque. Chez les patients à risque modéré, la warfarine ou l'AAS peuvent être utilisés (tableau 3).

Tenir compte du risque de saignement

Les outils de stratification du risque thromboembolique et les recommandations du traitement anticoagulant sont utiles, mais il est important de tenir compte du risque de saignement et du fait qu'aucun traitement n'est infailible et sans risque. L'AAS réduit le risque thromboembolique d'environ 22 %. La warfarine réduit le risque d'environ 67 %. Lorsque comparée à l'AAS, la warfarine diminue le risque thromboembolique d'environ 40 %. Ces bénéfices sont à mettre en perspective avec les risques de saignement associés à la warfarine. Antérieurement, on estimait le risque de saignement significatif à 1-1,5 % par an. Des données plus récentes suggèrent un risque de saignement avec la warfarine jusqu'à 4 % annuellement. Le contrôle adéquat de l'anticoagulation orale est primordial (*International Normalized Ratio* [INR] visé entre 2 et 3). Un dosage d'INR supérieur augmente les risques de saignement intracrâniens, sans réduction additionnelle de la prévention des événements thromboemboliques. Par ailleurs, l'âge avancé et certaines

Tableau 3

Les recommandations d'anticoagulation

Tout facteur de risque élevé ou deux facteurs de risque modéré	Warfarine INR (2,0 à 3,0)
Un facteur de risque modéré	Warfarine (INR 2,0 à 3,0) ou AAS (81 à 325 mg)
Pas de facteurs de risque	AAS (81 à 325 mg)

autres conditions sont associés à un risque de saignement augmenté (tableau 4).

Trouver des alternatives à la warfarine

Au cours des dernières années, il y a eu un intérêt marqué pour tenter de trouver des alternatives à la warfarine. L'agent idéal serait aussi efficace, avec moins de risque de saignement et sans nécessité de prélèvements sanguins pour l'ajustement de la dose.

L'association de clopidogrel et d'AAS a été étudiée récemment chez 6 206 patients avec FA. Les patients ont été répartis aléatoirement afin de recevoir soit de la warfarine, soit l'association AAS-clopidogrel. L'étude fut interrompue prématurément en raison de la nette supériorité de la warfarine comparativement à la combinaison d'antiplaquettaires.

Les inhibiteurs directs de la thrombine et les antagonistes du facteur Xa ont été proposés pour la prévention thromboembolique. Malgré des résultats encourageants quant à l'efficacité du ximélagatran, une toxicité hépatique observée a mis fin au cheminement de cet agent dans la thérapeutique. D'autres agents anticoagulants, tels que dabigatran, apixaban et rivaroxaban, sont actuellement étudiés. *Clin*

Tableau 4

Les conditions à risque augmenté de saignement reliées à la warfarine

- Antiplaquettaires concomittants
- Anti-inflammatoires
- Polypharmacie
- Antécédent de saignement
- HTA mal contrôlée
- INR mal contrôlés
- Âge
- Sexe féminin

À retenir...

- L'identification des facteurs de risque thromboembolique permet de poser l'indication d'anticoagulation. Le score CHADS2 est un outil pratique pour la stratification du risque.
- L'AAS et la warfarine demeurent les principaux agents ayant démontré une réduction de la survenue d'événements emboliques. Le choix doit tenir compte du risque thromboembolique global et des risques de saignements.

Lecture suggérée :

Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, et coll: ACC/AHA/ESC 2006: Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. J Am Coll Cardiol 2006; 48:e149-e246.