

La prévention thromboembolique

chez le patient avec fibrillation auriculaire

Laurent Macle, M.D., FRCPC est cardiologue-électrophysiologiste et professeur agrégé de médecine à l'Université de Montréal. Il est également directeur du programme de fellowship en électrophysiologie à l'Institut de cardiologie de Montréal.

Hien Kiem Nguyen Thanh, M.D. est résidente VI en cardiologie à l'Université de Montréal.

Article tiré de la conférence

L'anticoagulation chez le patient souffrant de fibrillation auriculaire donnée le 15 septembre 2011 dans le cadre du congrès sur la thérapeutique organisé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Le cas de monsieur Palpit

Vous voyez à votre bureau monsieur Palpit, 76 ans, suivi pour hypertension artérielle. Le questionnaire et l'examen physique sont sans particularités hormis la présence d'une fréquence cardiaque irrégulière de 96/min. L'électrocardiogramme (ECG) confirme la présence d'une fibrillation auriculaire. Une échographie cardiaque faite il y a deux ans est normale.

Quel est son risque annuel d'accident vasculaire cérébral (AVC)? (voir la réponse ci-dessous)

- a) 0,1 % b) 1 % c) 2 % d) 4 % e) 10 %

Réponse : Monsieur Palpit souffre de fibrillation auriculaire non valvulaire. Son score CHADS₂ est calculé à 2 (âge > 75 ans et hypertension artérielle [HTA]). Ainsi, son risque annuel d'accident vasculaire cérébral (AVC) s'élève à 4 % et il y a une indication d'anticoagulation avec de la warfarine ou du dabigatran.

Stratifier le risque thromboembolique

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie cardiaque la plus fréquemment rencontrée en cardiologie, affectant jusqu'à 5 % de la population âgée de plus de 65 ans. Cette arythmie est associée à un risque thromboembolique élevé, étant responsable de 15 % de tous les accidents vasculaires cérébraux. La FA prédispose aux événements thromboemboliques en raison de la stase auriculaire consécutive à la

perte de contraction des oreillettes. Ce risque est présent peu importe le type de FA (paroxysmique, persistante ou permanente). L'évaluation du risque thrombo-embolique est donc la première étape dans la prise en charge d'un patient avec FA.

Chez les patients atteints de cardiopathie valvulaire (sténose mitrale, prothèse valvulaire), la FA est considérée à haut risque d'évènement thromboembolique. Ces patients doivent d'emblée être anticoagulés pour prévenir les AVC. En absence de valvulopathie, le

Tableau 1

Stratification du risque d'AVC : le score CHADS₂

| Facteur de risque | Score | Score CHADS ₂ | Risque annuel d'AVC |
|------------------------------|-------|--------------------------|---------------------|
| Nil | 0 | 0 | 1,9 % |
| C (Congestive Heart Failure) | 1 | 1 | 2,8 % |
| H (Hypertension) | 1 | 2 | 4 % |
| A (Âge > 75 ans) | 1 | 3 | 5,9 % |
| D (Diabète) | 1 | 4 | 8,5 % |
| S ₂ (AVC ou ICT) | 2 | 5 | 12,5 % |
| | | 6 | 18,2 % |

L'évaluation du risque thromboembolique est la première étape dans la prise en charge d'un patient avec FA.

Le risque d'AVC des patients avec FA varie en fonction de plusieurs facteurs cliniques qui aident à déterminer le choix du traitement antithrombotique.

Le score CHADS₂ est un outil pratique permettant de stratifier rapidement le risque d'AVC chez les patients avec FA. Il suffit d'additionner les points attribués à la présence de facteurs de risque cliniques (insuffisance cardiaque congestive, hypertension, âge inférieur à 75 ans, diabète, antécédents d'AVC ou d'ischémie cérébrale transitoire) pour calculer le score CHADS₂ et évaluer le risque annuel d'AVC (Tableau 1). Le score CHADS₂ devrait être réévalué périodiquement puisqu'un patient initialement considéré à bas risque thromboembolique peut voir son risque accroître s'il développe de nouvelles comorbidités.

Les options de traitement pour la prévention thromboembolique

Aspirine

L'aspirine à dose de 75 mg à 325 mg, comparée au placebo, permet une réduction du risque d'AVC de l'ordre de 22 %.

Warfarine

La warfarine a une efficacité supérieure à l'aspirine, permettant de réduire de 67 % le risque d'AVC comparé au placebo, soit 41 % de réduction comparé à l'aspirine. Cependant, malgré les bénéfices de l'anticoagulation avec la warfarine, les études démontrent que ce traitement demeure sous-utilisé; environ seulement 40 % des patients avec FA à haut risque d'AVC sont traités. De plus, la warfarine nécessite des prises de sang régulières pour s'assurer du contrôle adéquat de l'*International Normalized Ratio* (INR, taux de prothrombine) à l'intérieur de la fenêtre thérapeutique. L'ajustement est compliqué en raison de la longue demi-vie de la warfarine et d'une dose-réponse très variable d'un individu à l'autre. De plus, il existe plusieurs contre-indications médicamenteuses et alimentaires. Ainsi, en pratique clinique, seulement 44 % des patients prenant de la warfarine ont un contrôle adéquat de leur INR (entre 2 et 3).

Association aspirine et clopidogrel

Cette association médicamenteuse a été étudiée il y a quelques années pour la prévention de l'AVC chez les patients avec FA. L'étude fut interrompue prématurément en raison de la nette supériorité de la warfarine comparativement à la combinaison d'antiplaquettaires. De plus, le risque hémorragique était plus important dans le groupe aspirine associée au clopidogrel lorsque comparé à la warfarine.

Nouveaux anticoagulants

De nouveaux agents anticoagulants ont été récemment étudiés pour la prévention thromboembolique chez les patients avec FA non valvulaire. Ces nouveaux anticoagulants agissent en inhibant directement la thrombine (dabigatran) ou en antagonisant le facteur Xa (apixaban, rivaroxaban, edoxaban). Un avantage majeur de ces molécules est qu'elles ne nécessitent pas de monitoring de l'INR et ont un effet anticoagulant rapide. Cependant, il n'existe actuellement aucun antidote pour renverser leur effet anticoagulant. Le dabigatran est la première de ces molécules à être disponible au Canada. À dose de 150 mg 2 f.p.j., le dabigatran s'est révélé supérieur à la warfarine dans la prévention des événements thromboemboliques avec un risque d'hémorragie majeure similaire. À dose de 110 mg 2 f.p.j., son efficacité est égale à la warfarine, mais on bénéficie d'une réduction de l'ordre de 20 % des taux d'hémorragies majeures. Les effets secondaires à surveiller sont la dyspepsie et les saignements gastro-intestinaux. Le dabigatran est contre-indiqué en présence d'insuffisance rénale grave (ClCr [clairance de la créatinine] < 30 mL/min).

Évaluer le risque de saignement

L'efficacité de tout traitement pour la prévention thromboembolique doit être évaluée en fonction de l'augmentation du risque de saignement. Le taux d'hémorragie majeure associé à l'aspirine est relativement faible, de l'ordre de 1,2 % par année. Cependant, ce risque augmente à 2,7 % par année avec le dabigatran à dose de 110 mg 2 f.p.j. et à 3,4 % avec la warfarine ou le



dabigatran à dose de 150 mg 2 f.p.j. Le risque de saignement lors de traitement anticoagulant peut toutefois être prédit de façon individualisée à l'aide du score HAS-BLED (Tableau 2).

L'efficacité de tout traitement pour la prévention thromboembolique doit être évaluée en fonction de l'augmentation du risque de saignement.

Tableau 2

Stratification du risque de saignement : le score HAS-BLED

| Lettre | Caractéristiques cliniques | Points | Points | Saignements majeurs (%/an) |
|--------|--|--------|--------|----------------------------|
| H | Hypertension | 1 | 0 | 1,13 |
| A | Fonction rénale et/ou hépatique anormale | 1 ou 2 | 1 | 1,02 |
| S | Stroke (AVC) | 1 | 2 | 1,88 |
| B | Bleeding (Saignement) | 1 | 3 | 3,74 |
| L | Labile INR | 1 | 4 | 8,7 |
| E | Elderly (plus de 65 ans) | 1 | 5 | 12,5 |
| D | Drogues et/ou alcool | 1 ou 2 | | |

Message clé

- Le score de CHADS₂ est un outil pratique à utiliser pour stratifier le risque thromboembolique des patients avec FA.
- Le choix d'un traitement antiplaquettaire ou anticoagulant doit tenir compte du risque thromboembolique global, de l'efficacité des traitements disponibles et du risque de saignement de chaque patient.

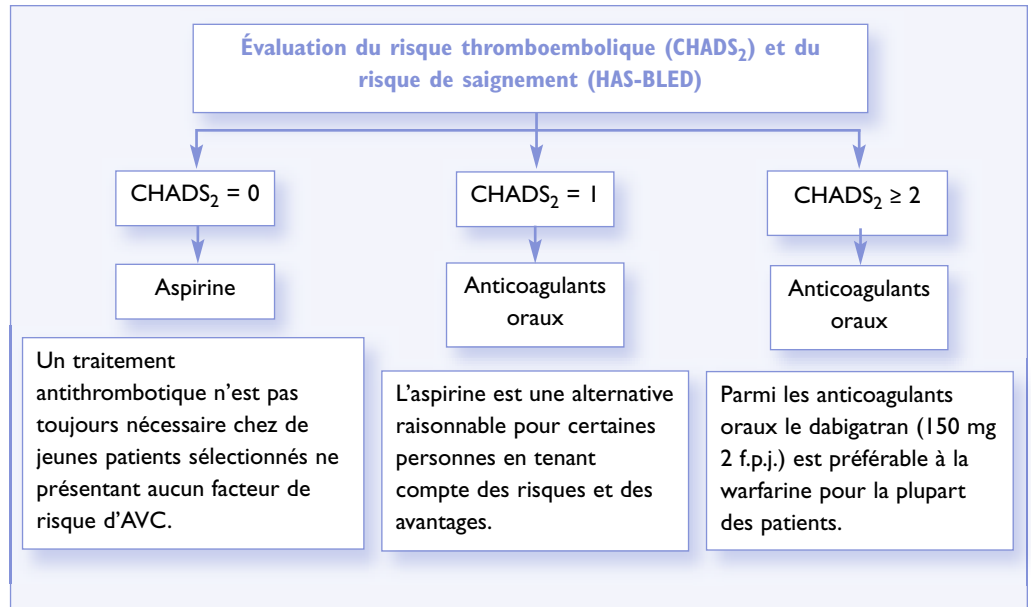


Figure 1. Résumé des recommandations de la Société canadienne de cardiologie

Recommandations de la Société canadienne de cardiologie

Les récentes lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie en matière de FA (Figure 1) recommandent que tous les patients avec FA soient stratifiés pour leur risque d'AVC (ex. : CHADS₂) et d'hémorragie (ex. : HAS-BLED) et que la plupart des patients reçoivent un traitement antithrombotique.

L'aspirine (75-325 mg/jour) est recommandée pour les patients qui présentent un faible risque d'AVC (CHADS₂ = 0). Un traitement anticoagulant (warfarine [INR 2-3] ou dabigatran) est recommandé pour les

patients avec un risque élevé d'AVC (CHADS₂ ≥ 2). Pour les patients à risque modéré d'AVC (CHADS₂ = 1), un traitement anticoagulant (warfarine [INR 2-3] ou dabigatran) est recommandé, mais l'aspirine est une alternative raisonnable pour certains patients en fonction des risques et des bénéfices.

Lecture suggérée

Cairns JA, Connolly S, et coll. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter. *Can J Cardiol* 2011; 27(1):74-90.