

21^{ÈME} JOURNÉE MÉDICALE DE COCHIN

FIBRILLATION AURICULAIRE CLINIQUE : QUAND ET QUI ANTICOAGULER ?

Docteur F. HIDDEN-LUCET

Unité de Rythmologie

Institut de Cardiologie

APHP – Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière – Paris 13^{ème}

e-mail : françoise.hidden-lucet@psl.aphp.fr

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie la plus fréquemment rencontrée en pratique clinique avec une prévalence estimée à 1% de la population générale. Le risque de survenue augmente avec l'âge, passant de 0.7% chez les sujets de 55 à 59 ans à 18% de la population de plus de 85 ans. La FA représente un facteur de risque indépendant de mortalité par le biais des accidents vasculaires cérébraux et de l'insuffisance cardiaque : avec un risque relatif estimé à 1.5 chez mes hommes et 1.9 chez les femmes. La prévention des événements thrombo-emboliques est guidée par des scores de risque, que la FA soit symptomatique ou non, permanente ou non.

Comment prévenir le risque thrombo-embolique ?

Les antivitamines K (AVK) avec un INR cible compris entre 2 et 3 restent pour le moment le traitement de référence. Les antiagrégants plaquettaires ne sont pas compétitifs comparés aux AVK : soit ils sont inférieurs en terme de prévention, soit leur association aux AVK augmente le taux d'accidents hémorragiques. Deux types différents de molécules vont probablement révolutionner les prescriptions d'anticoagulants dans la FA :

- Les antithrombines dont le chef de file est le Dabigatran dont l'étude RELY a confirmé l'intérêt comparé à la Wafarine : à 220 mg/j l'efficacité sur la prévention thrombo-embolique est identique mais avec une réduction des accidents hémorragiques cérébraux de 20% ; à 300 mg/j le taux d'accidents hémorragiques est identique à celui de la Wafarine mais l'effet préventif sur les embolies est supérieur.
- Les nouveaux anticoagulants oraux inhibant spécifiquement le facteur Xa sont à l'étude. Le Rivaroxaban a déjà confirmé sa supériorité dans cette indication par rapport à l'aspirine chez des patients présentant une contre-indication aux AVK. La comparaison de l'efficacité de ces molécules versus AVK est prochainement attendue (ROCKET-AF pour le Rivaroxaban, ARISTOTLE pour l'Apixaban).

Pour qui ?

Le risque d'accident thrombo-embolique est modulé en fonction de la pathologie cardiaque sous-jacente et d'un certain nombre de co-morbidités, qui permettent d'établir un score de risque. Le score CHADS2 jusque là couramment utilisé vient d'être remplacé par le score CHA2DS2-VASC :

Critères	Points
CHF – Insuffisance ventriculaire ou dysfonction ventriculaire gauche	1
Hypertension	1
Age ≥ 75 ans	1
Diabète	1
AVC ou AIT ou embolie périphérique	2
Pathologie vasculaire (IDM) pathologie vasculaire périphérique ou plaque de l'aorte)	1
Agence 65-74 ans	1
Sexe féminin	1
Score maximal	9

En pratique, un score d'au moins 2 indique une anticoagulation orale.

Pour un score à 1 le choix est ouvert entre anticoagulants oraux et aspirine.

Pour un score à 0, pas de traitement ou aspirine.