

Thérapeutiques actuelles de la fibrillation atriale, rythme et fréquence, réflexion sur un nouveau paradigme de prise en charge

Current management of atrial fibrillation: rhythm or rate control and thoughts about a new treatment paradigm

S. Kacet

CHRU de Lille – Hôpital Cardiologique

Résumé

En l'espace de 30 ans, la conception du traitement de la prise en charge de la fibrillation atriale (FA) a connu plusieurs revirements. Avant 1989 et la publication des résultats de l'étude CAST, le traitement reposait sur l'utilisation des antiarythmiques : il fallait maintenir le rythme sinusal. Les 20 années suivantes sont marquées par la prise en compte d'une double problématique : la prévention des accidents thrombo-emboliques, avec le débat entre aspirine et antivitamine K, et le débat entre contrôle du rythme et contrôle de la fréquence. En 2010, les techniques ablatives s'inscrivent dans la démarche thérapeutique, mais avec des indications ciblées. Les enjeux sont désormais de réduire les symptômes et améliorer la qualité de vie, de diminuer la morbidité (et notamment les accidents thrombo-emboliques) et, si possible, de réduire la mortalité. Le traitement antithrombotique va bientôt voir l'arrivée de nouveaux anticoagulants et le traitement antiarythmique, qui reposait jusqu'alors sur les antiarythmiques de classe I, réservés aux cœurs sains, et sur l'amiodarone, et qui s'enrichit avec l'arrivée de la dronedarone, dont l'intérêt a été démontré dans l'étude ATHENA. Ainsi, l'ablation est-elle indiquée principalement dans les FA paroxystiques ou persistantes après échec du traitement médical et chez des sujets relativement jeunes ; la stratégie de ralentissement de la fréquence peut être proposée en première intention dans les FA permanentes, et le plus souvent en deuxième intention dans les autres formes de FA.

Mots clés : Fibrillation atriale, Rythme, Fréquence, Dronedarone, Nouveaux anticoagulants

Abstract

Over the past 30 years, treatment paradigms for atrial fibrillation (AF) patients have changed dramatically. Before 1989, and the publication of the CAST trial results, the primary objective was to maintain or restore sinus rhythm. In the following 20 years, the management of AF patients has focused on the prevention of thrombo-embolic events (with the confrontation of aspirin and oral anticoagulants), and on the debate between rhythm control and rate control. In 2010, the objectives are to reduce symptoms and improve quality of life, to prevent thrombo-embolic complications, and, if possible, to reduce mortality. New anticoagulants will soon be available. Ablative techniques are becoming current practice in selected patients, and the new antiarrhythmic agent dronedarone has shown remarkable clinical results in the ATHENA trial. Overall, ablative techniques can be used in younger patients with paroxysmal or persistent AF refractory to medical treatment a rate control strategy is appropriate in permanent AF, or as second line treatment in patients with other forms of AF.

Keywords: Atrial fibrillation, Rhythm, Rate, Dronedarone, New anticoagulants

1. Introduction

Définition de Paradigme [1] : « un paradigme est une représentation du monde qui repose sur une base définie (matrice disciplinaire, modèle théorique ou courant de pensée). C'est en quelque sorte un rail de la pensée dont les

lois ne doivent pas être confondues avec un autre paradigme ».

Une définition simple dont le contexte scientifique serait : « l'ensemble des règles admises et intériorisées comme « normes » par la communauté scientifique, à un moment donné de son histoire, pour délimiter et probléma-

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : salem.kacet@chru-lille.fr (S. Kacet)

tiser les « faits » qu'elle juge dignes d'étude ». Nous verrons que le paradigme de la prise en charge de la fibrillation atriale (FA) a évolué dans le temps.

Sur le plan épidémiologique, la fibrillation atriale est de loin l'arythmie cardiaque la plus fréquente avec une prévalence de 1 % dans la population générale, avec une augmentation très importante avec l'âge, atteignant ainsi une prévalence de 8 % chez les sujets de plus de 80 ans [1]. La FA est responsable d'une diminution de la qualité de vie, d'une augmentation de la morbidité cardiovasculaire et de la mortalité [2]. Avec le vieillissement de la population, on projette une véritable « épidémie » de la FA [3]. Du fait du développement des techniques ablatives, de l'arrivée de nouveaux anti-arythmiques et de nouveaux anti-thrombotiques, il est peut être temps d'envisager un nouveau paradigme de la prise en charge de la FA.

2. Paradigme avant 1990

Avant 1989, le paradigme de la FA était simple : c'était le maintien du rythme sinusal en utilisant les anti-arythmiques. Le critère de jugement était uniquement électro-cardiographique : survenue de la première récurrence de FA et/ou nombre de récurrences dans le temps et/ou temps de maintien en rythme sinusal.

Depuis 1989, le résultat de l'étude CAST jeta le discrédit sur les anti-arythmiques de classe I, tout d'abord dans les troubles du rythme ventriculaire, mais également dans les troubles du rythme supra-ventriculaire, notamment dans la fibrillation atriale (FA). L'indication des anti-arythmiques de classe I va dès lors se restreindre aux patients sans cardiopathie et fonction ventriculaire normale.

3. Paradigme des années 1990-2000

Dans le même temps, à partir des années 1990, commencent les études de prévention des accidents thromboemboliques par la warfarine et l'aspirine [5]. Il a fallu une dizaine d'années pour démontrer l'intérêt respectif de la warfarine et de l'aspirine pour prévenir les accidents thromboemboliques et qui devient un des paradigmes scientifiquement démontré dans le traitement de la FA dans les années 2000. Puis vint l'époque « du contrôle du rythme sinusal versus contrôle de la fréquence ventriculaire » à partir de 2002. Les deux principales études prospectives randomisées : AFFIRM [7] et RACE [8] n'ont pas montré de différence en termes de morbi-mortalité, de qualité de vie et de symptomatologie fonctionnelle entre les deux stratégies de prise en charge thérapeutique, à savoir ralentir la fréquence ventriculaire (contrôle de fréquence cardiaque) ou tenter de maintenir le rythme sinusal (contrôle du rythme).

Bien qu'une analyse rétrospective de l'étude AFFIRM [9] ait mis en évidence une réduction du nombre de décès (HR : 0,53 ; $p < 0,0001$) en cas de maintien du rythme sinusal, l'utilisation d'un anti-arythmique s'accompagne d'une augmenta-

tion de mortalité (HR : 1,49 ; $p < 0,0005$). Ces deux résultats contradictoires suggèrent que l'effet bénéfique des anti-arythmiques pour maintenir le rythme sinusal est contrebalancé par leur effet indésirable et tout particulièrement pro-arythmique.

Ces deux études ont modifié la stratégie thérapeutique en Amérique du Nord avec une tendance forte à la stratégie de ralentissement de la fréquence cardiaque. En Europe, on est plutôt en faveur d'une stratégie du maintien du rythme sinusal en première intention, quand cela est possible, en ayant toujours à l'esprit d'éviter les effets indésirables cardiaques et extracardiaques de ces médicaments et de savoir adopter une stratégie de ralentissement de la fréquence cardiaque de première intention chez certains patients et bien sûr de deuxième intention chez les autres. Il faut, à mon sens, savoir maintenir le rythme sinusal mais pas à n'importe quel prix.

4. Nouveau paradigme en 2010

Bien que la prise en charge thérapeutique de la FA repose encore essentiellement, en 2010, sur des thérapeutiques médicamenteuses (anti-thrombotiques, anti-arythmiques, bêtabloqueurs ou autres médicaments ralentisseurs de la fréquence ventriculaire), les techniques ablatives proposées en 1994 par Michel Haissaguerre et al. [10] deviennent une véritable alternative thérapeutique curative pour certains patients. Dans les cas de la FA paroxystique isolés en rapport avec une FA focale typique du sujet jeune sans cardiopathie, le taux de succès est supérieur à 90 % [11]. Dans les autres cas de FA paroxystiques non isolés, avec éventuellement cardiopathie associée, les taux de succès sont de 60 à 90 % [12–13]. Dans les FA persistantes et permanentes, l'ablation est plus complexe, nécessitant des gestes complémentaires au niveau du substrat auriculaire. Les taux de succès sont de l'ordre de 50 à 60 %. Les techniques ablatives essentiellement par cathéter, mais également par voie chirurgicale, font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de la FA. Cependant, les indications actuelles sont ciblées, et il faudra attendre les évaluations en cours pour préciser les indications, notamment pour les FA persistantes et permanentes.

Les traitements médicamenteux (anti-thrombotiques, anti-arythmiques, bêtabloquants et autres anti-ralentisseurs) restent donc le pivot du traitement de la fibrillation atriale. Les objectifs de ce traitement ne sauraient se résumer au simple critère électro-cardiographique du maintien du rythme sinusal, qui a servi jusque là de mètre étalon, alors qu'il n'y a aucune corrélation démontrée entre ce critère électro-cardiographique et les paramètres cliniques.

Les enjeux du traitement de la fibrillation atriale peuvent être très nombreux mais ils peuvent se résumer à quatre objectifs cliniques : réduire les symptômes, améliorer la qualité de vie, diminuer les complications de la FA (morbidité) et si possible, réduire la mortalité liée à la FA.

Enfin, il faut prendre en considération les enjeux médico-économiques et notamment le poids de l'hospitalisation qui représente à elle seule 52 % des dépenses annuelles qui

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869442>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869442>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)