

En cas de décision du contrôle de la fréquence, quelle fréquence cardiaque faut-il idéalement atteindre?

Les recommandations européennes de l'ESC 2010 suggèrent de cibler une fréquence cardiaque < à 110/mn en se basant sur les résultats de l'étude RACE qui a trouvé que le contrôle strict de la fréquence (< à 80/mn au repos, < à 110/mn à l'effort) n'est pas différent d'une stratégie de contrôle moins intensif (< 110/mn au repos). Mais cette attitude est contestée par les recommandations canadiennes qui relèvent, à juste titre, que la fréquence cardiaque réelle dans les deux groupes était de 75 et 86/mn respectivement et peu de patients avaient une FC > 100/mn.

Classification de la gêne fonctionnelle dans la FA :

Une classification de la gêne fonctionnelle dans la FA, inspirée de la classification NYHA, intègre en plus de la dyspnée, les palpitations ou toute gêne qui altère la qualité de vie.

Catégorie de l'EHRA	Effet
EHRA 1	Pas de symptômes
EHRA 2	Symptômes légers
EHRA 3	Symptômes graves avec effet sur l'activité quotidienne
EHRA 4	Symptômes invalidants : l'activité quotidienne normale est interrompue

Anticoagulation avant la réduction d'une FA :

L'anticoagulation avant la réduction de la FA doit être une règle indiscutable sur laquelle il n'est pas question de transiger, même si les recommandations canadiennes se distinguent de celles de l'ESC en ne proposant aucun traitement antithrombotique en cas de la réduction d'une FA ayant une durée connue de moins de 48 heures et survenant chez un patient à risque non élevé (le risque élevé étant : valve mécanique, RM, antécédent d'AVC ischémique ou embolie artérielle).

Traitement antithrombotique de la FA ou du flutter auriculaire chez les patients avec une maladie coronarienne

En cas d'angioplastie et FA ou flutter, il faut privilégier les stents nus pour réduire au maximum la période de la triple association, mais il peut arriver qu'une FA survienne chez un patient qui vient de bénéficier de la pose d'un stent actif et, dans ce cas, il faut discuter la triple association. Elle ne se conçoit que chez les patients à risque hémorragique faible.

Les recommandations canadiennes sont très convaincantes en ce qui concerne cette problématique. Le rationnel de ces recommandations repose sur deux points :

- Dans la maladie coronaire stable et chez les patients n'ayant pas de troubles de rythme supraventriculaires, les AVK se sont révélés aussi efficace que l'aspirine dans la prévention des accidents ischémiques coronaires, mais le choix de l'aspirine dans cette indication a été motivé par son risque hémorragique moindre. Il s'ensuit que chez le coronarien stable porteur d'une FA ou d'un flutter avec CHADS ≥ 1 justifiant une anticoagulation par AVK, ces derniers permettent la prévention à la fois du risque embolique inhérent à la FA et du risque ischémique coronaire et il n'y a pas lieu d'associer en plus l'aspirine d'autant que cette association majeure d'une façon significative le risque hémorragique.
- En ce qui concerne le SCA récent ou l'angioplastie avec stent compliqué d'une FA ou flutter ayant un CHADS ≥ 1 , la balance bénéfice/risque est en faveur du couple aspirine clopidogrel sans association des AVK. En effet, dans ce cas le risque ischémique coronaire est élevé indiquant la double association aspirine clopidogrel mais le risque embolique de la FA n'est pas suffisamment grand pour justifier le risque hémorragique d'une trithérapie antithrombotique.

Maladie coronaire stable

- CHADS2 = 0 : aspirine
- CHADS2 ≥ 1 : monothérapie aux anticoagulants oraux. Il faut préférer la warfarine au dabigatran (dans RE-LY il y a eu plus d'IDM dans le groupe dabigatran).

SCA récent

- CHADS2 ≤ 1 : aspirine + clopidogrel
- CHADS2 ≥ 2 : association triple d'antithrombotiques.

Angioplastie coronaire avec pose d'un stent

- CHADS2 ≤ 1 : aspirine + clopidogrel
- CHADS2 ≥ 2 : association triple d'antithrombotiques.

On peut ajouter à ces recommandations canadiennes, que la durée de la triple association doit être la plus courte possible.

- Stent nu : AVK + aspirine + clopidogrel pendant 1 mois, puis AVK aspirine.
- Stent actif sirolimus : AVK + aspirine + clopidogrel pendant 3 mois minimum.
- Stent actif taxus : AVK + aspirine + clopidogrel pendant 6 mois minimum (place dans ce cas aux nouveaux stents biodégradables comme

solution alternative aux stents actifs, ce qui permet de limiter le clopidogrel à 1 mois.)

- Syndrome coronarien aigu : AVK + aspirine + clopidogrel pendant 12 mois. Toutefois, cette durée, paraissant excessive, est discutée.