

## **Prise en Charge de la Fibrillation Auriculaire**

Prise en Charge de la Fibrillation Auriculaire: recommandations ESC 2010 et 2012. Traduites pour le site de la cardiologie francophone par les Drs Carlos El-Khoury et Simon Abou Jaoudé (Service de Cardiologie – Hôtel Dieu - Faculté de Médecine St Joseph – Beyrouth – Liban).

### **Références:**

#### **Guidelines for the management of atrial fibrillation:**

ESC Clinical Practice Guidelines - European Heart Journal 2010; 31: 2369–2429

#### **2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation**

ESC Clinical Practice Guidelines - European Heart Journal 2012;33:2719-2747

### **Liste des Abréviations :**

FA : Fibrillation Auriculaire

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

AT : Antithrombotique

AC : Anti Coagulants

NAC : Nouveaux AntiCoagulants

AVK : Anti Vitamine K

## Prise en Charge de la Fibrillation Auriculaire – ESC 2010

### Diagnostic et prise en charge initiale de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
Le diagnostic de FA doit être documenté par un ECG.	I	B
Chez les patients suspects d'avoir une FA, l'enregistrement d'un tracé ECG doit être tenté quand les symptômes suggestifs de FA se produisent.	I	B
Un score simple de symptôme (score d'EHRA) est recommandé pour quantifier les symptômes liés à la FA.	I	B
Tous les patients en FA, doivent subir un examen physique approfondi, et une histoire orientée aux problèmes cardiaques et rythmiques.	I	C
Une échocardiographie est recommandée chez les patients très symptomatiques, les patients avec maladie cardiovasculaire suspectée ou documentée ou chez les patients ayant des facteurs de risque.	I	B
Chez les patients sous anti arythmiques, des tracés ECG doivent être enregistrés régulièrement pendant le suivi.	I	C
Chez les patients avec suspicion de FA symptomatique, un holter ECG doit être envisagé pour essayer de documenter la FA.	IIa	B
Chez les patients victimes de complications liées à la FA, un holter ECG supplémentaire doit être envisagé pour la détection des FA asymptomatiques.	IIa	B
Quand le « contrôle de la fréquence cardiaque » est choisi comme traitement de la FA, un holter ECG doit être envisagé pour évaluer le contrôle de la cadence ventriculaire ou le risque de bradycardie.	IIa	C
Quand le « contrôle de la fréquence cardiaque » est choisi comme traitement de la FA chez des patients actifs et jeunes, une épreuve d'effort doit être envisagée pour évaluer la cadence ventriculaire d'effort.	IIa	C
Une échocardiographie doit être envisagée chez les patients ayant une FA documentée ou suspectée.	IIa	C
Les patients ayant une FA symptomatique ou ayant été victimes de complications liées à la FA doivent être référés à un cardiologue.	IIa	C
Un plan de suivi structuré préparé par un spécialiste est utile pour le suivi par un généraliste ou par un médecin de soins primaires.	IIa	C
Chez les patients traités par un contrôle du rythme, une surveillance répétée par des ECG, peut être envisagée pour évaluer l'efficacité du traitement.	IIb	B
La plupart des patients en FA peuvent bénéficier d'un suivi à intervalles réguliers par un spécialiste.	IIb	C

**Score CHA2DS2-VASc pour l'évaluation du risque thromboembolique de la FA**

Élément	Score
Insuffisance cardiaque / dysfonction VG	1
Hypertension	1
Age $\geq$ 75 ans	2
Diabète	1
AVC / AIT ou embolie périphérique	2
Pathologie vasculaire (IDM, maladie vasc. périph. ou athérome aortique)	1
Âge 65-74 ans	1
Sexe féminin	1

**Score HAS-BLED pour l'évaluation du risque hémorragique de la FA**

Élément	Points
Hypertension	1
Anomalie de la fonction rénale ou hépatique	1 pour chacun
AVC	1
Hémorragie	1
INR labile	1
Âge > 65 ans	1
Drogues ou alcool	1 ou 2

## Prévention des complications thromboemboliques de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
Le traitement anti-thrombotique (AT) est recommandé pour tout patient ayant une FA à l'exception des patients à faible risque (FA isolée, âge < 65 ans) ou en cas de contre-indications.	I	A
Il est recommandé que le choix du traitement AT soit basé sur le risque absolu d'AVC / embolie et d'hémorragies, ainsi que sur le rapport bénéfice/risque pour un patient donné.	I	A
Le score de CHADS2 (cardiac failure, hypertension, age, diabetes, stroke (doubled)) est recommandé comme un moyen simple et initial pour évaluer le risque d'AVC chez les patients ayant une FA non valvulaire.	I	A
Pour les patients avec un score de CHADS2 $\geq 2$ , un traitement AC par AVK est recommandé avec un INR entre 2 et 3 (cible 2.5), sauf si contre-indications.	I	A
Pour une évaluation plus détaillée et plus complète du risque d'AVC chez les patients en FA (ex : score de CHADS2 = 0-1), une approche basée sur le score de CHA2DS2-VASc est recommandée	I	A
Chez les patients en FA ayant une valve mécanique, il est recommandé de maintenir un INR à 2.5 au moins pour la prothèse mitrale et au moins à 2 pour la prothèse aortique.	I	B
Les patients en flutter auriculaire ont les mêmes recommandations de traitement AT que ceux en FA.	I	C
Le traitement AT est choisi selon les mêmes critères quel que soit le type de la FA (paroxystique, persistante ou permanente).	IIa	A
Chez les patients sans facteur de risque et à faible risque thromboembolique (essentiellement les patients âgés de < 65 ans en FA isolée sans facteur de risque), aucun traitement AT ne doit être prescrit.	IIa	B
Un traitement associant aspirine 75-100 mg et clopidogrel 75 mg par jour, doit être envisagé pour la prévention des AVC chez les patients à faible risque hémorragique qui refusent de prendre un traitement AC oral ou en cas de contre-indication claire au traitement AC oral (ex : incapacité à gérer ou continuer la surveillance de l'anticoagulation).	IIa	B
Le risque hémorragique doit être évalué lors de la prescription des AT (AVK ou aspirine), et le risque de saignement avec l'aspirine doit être considéré comme équivalant à celui des AVK, en particulier chez les personnes âgées.	IIa	A

Le score HAS-BLED doit être utilisé pour l'évaluation du risque hémorragique. Un score > 3 indique un «haut risque» nécessitant une certaine prudence et une surveillance régulière suite à l'initiation du traitement AT (AC oral ou aspirine).	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Chez les patients en FA, sans prothèse valvulaire, ou sans haut risque de complications thromboemboliques, l'interruption du traitement AC oral sans relais par l'héparine (anticoagulation sous-thérapeutique pour un maximum de 48 heures) doit être envisagée lors des interventions chirurgicales ou diagnostiques.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Chez les patients ayant une prothèse mécanique et une FA à haut risque de complications thromboemboliques, l'interruption du traitement AC oral avec relais par des doses thérapeutiques d'HBPM ou d'héparine non fractionnée doit être envisagée lors des interventions chirurgicales ou diagnostiques.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Après les interventions chirurgicales, la reprise du traitement AC oral doit être envisagée à la dose de maintien «habituelle» (sans dose de charge) dans la soirée (ou le lendemain matin) de la chirurgie en cas d'hémostase adéquate.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Chez les patients avec FA présentant un AVC aigu ou un AIT, la prise en charge de l'hypertension non contrôlée doit être envisagée avant qu'un traitement AT soit amorcé, et une imagerie cérébrale (SCAN, IRM) doit être effectuée pour éliminer une hémorragie.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
En l'absence d'hémorragie, le traitement AC oral doit être envisagé à partir de ~ 2 semaines après un AVC. En cas d'hémorragie, l'anticoagulation est contre-indiquée.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
En présence d'un infarctus cérébral étendu, l'initiation du traitement anticoagulant doit être retardée, compte tenu du risque de transformation hémorragique.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Chez les patients ayant un AIT aigu et qui sont en FA, le traitement AC oral doit être envisagé dès que possible en l'absence d'infarctus cérébral ou d'hémorragie.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Lorsque les procédures chirurgicales nécessitent l'interruption du traitement AC oral pendant plus de 48 heures chez les patients à haut risque, l'héparine non fractionnée ou l'HBPM sous-cutanée peuvent être envisagées.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Chez les patients en FA ayant un AVC ischémique ou une embolie systémique pendant un traitement anticoagulant (INR 2-3), l'augmentation de l'intensité de l'anticoagulation à un INR entre 3 et 3.5 peut être envisagée, plutôt que d'ajouter un agent antiplaquettaire.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

## Le traitement antithrombotique dans les FA avec SCA/Angioplastie coronaire

Recommandations	Niveau	Grade
Chez les patients en FA avec maladie coronaire stable nécessitant une angioplastie, la pose d'un stent nu est préférable par rapport au stent actif qui doit être évité ou strictement limité aux situations cliniques et/ou anatomiques où un avantage significatif est démontré (ex lésions longues, petits vaisseaux, diabétiques, etc.)	IIa	C
Après angioplastie élective, une trithérapie (AVK, aspirine, clopidogrel) doit être envisagée à court terme, suivie par une bithérapie (jusqu'à 1 an) associant AVK et clopidogrel 75 mg par jour (ou, à défaut, aspirine 75-100 mg par jour plus une protection gastrique par IPP ou autre)	IIa	C
Après angioplastie élective, le clopidogrel doit être envisagé en association avec AVK et aspirine pour un minimum de 1 mois en cas de stent nu, pour au moins 3 mois pour un stent actif à sirolimus, et pour au moins 6 mois pour un stent actif au paclitaxel. Par la suite, une bithérapie par AVK et clopidogrel 75 mg par jour est à continuer si nécessaire (ou, à défaut, AVK et aspirine 75-100 mg par jour, plus une protection gastrique par IPP ou autre)	IIa	C
Après un SCA avec ou sans angioplastie chez un patient en FA, une trithérapie (AVK, aspirine, clopidogrel) doit être envisagée à court terme (3-6 mois), ou plus longtemps chez certains patients à risque hémorragique faible, suivie par un traitement à long terme par un AVK plus clopidogrel 75 mg par jour (ou, à défaut, aspirine 75-100 mg par jour plus une protection gastrique par IPP ou autre)	IIa	C
Chez les patients sous anticoagulants à très haut risque thromboembolique, la poursuite du traitement anticoagulant est la stratégie privilégiée et l'accès radial est utilisé comme premier choix même durant une anticoagulation efficace (INR 2-3).	IIa	C
Lorsque l'AVK est administré en association avec le clopidogrel ou l'aspirine, une anticoagulation prudente peut être envisagée, avec un INR entre 2 et 2,5.	IIb	C
Après un pontage coronaire chez les patients en FA, une bithérapie par AVK plus un seul antiplaquettaire peut être envisagée durant les 12 premiers mois, mais cette stratégie n'a pas été bien évaluée et est associée à un risque accru de saignement.	IIb	C

Chez les patients présentant une maladie vasculaire stable (ex > 1 an, sans événement aigu), la monothérapie par AVK peut être envisagée, et un traitement antiplaquettaire concomitant ne doit pas être prescrit en l'absence d'un événement cardiovasculaire ultérieur.	IIb	C
---	-----	---

## L'anticoagulation en péri-cardioversion

Recommandations	Niveau	Grade
Pour les patients en FA $\geq$ 48h ou lorsque la durée de la FA est inconnue, le traitement AC oral (INR 2-3) est recommandé pendant $\geq$ 3 semaines avant, et pendant $\geq$ 4 semaines après la cardioversion, indépendamment de la méthode (électrique ou pharmacologique orale / i.v).	I	B
Pour les patients en FA nécessitant une cardioversion immédiate ou urgente en raison d'une instabilité hémodynamique, l'héparine est recommandée (bolus héparine non fractionnée en IV suivi d'une perfusion, ou dose thérapeutique d'HBPM ajustée au poids)	I	C
Après cardioversion immédiate ou urgente chez les patients en FA depuis $\geq$ 48h, ou lorsque la durée de la FA est inconnue, le traitement AC oral est recommandé pendant au moins 4 semaines, comme après une cardioversion élective.	I	B
Pour les patients à haut risque d'AVC, en FA depuis <48 h, l'héparine en iv ou une HBPM à dose thérapeutique est recommandée en péri-cardioversion, suivie d'un traitement AC oral par AVK à long terme (INR 2 - 3).	I	B
Comme alternative à l'anticoagulation avant la cardioversion, la cardioversion guidée par une ETO est recommandée afin d'exclure un thrombus dans l'oreillette gauche ou l'auricule gauche.	I	B
En cas de cardioversion guidée par ETO, et en l'absence de thrombus identifiable, la cardioversion est recommandée immédiatement après l'anticoagulation par l'héparine qui doit être relayée par un traitement AC oral pendant au moins 4 semaines.	I	B
Chez les patients ayant un thrombus à l'ETO, les AVK (INR 2-3) sont recommandés pendant au moins 3 semaines, puis une ETO de contrôle est indiquée.	I	C

Pour la cardioversion du flutter auriculaire, l'anticoagulation est recommandée comme dans la FA.	<b>I</b>	<b>C</b>
Chez les patients présentant des facteurs de risque d'AVC ou de récurrence de FA, le traitement AC oral doit être poursuivi à vie, indépendamment du maintien apparent du rythme sinusal après cardioversion.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Si l'ETO de contrôle montre la disparition du thrombus, la cardioversion doit être effectuée, et le traitement AC oral doit être poursuivi pour 4 semaines au moins, ou à vie (si les facteurs de risque sont présents).	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Si l'ETO de contrôle montre un thrombus persistant, une autre stratégie (contrôle de la fréquence, par exemple) peut être envisagée.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Pour les patients sans facteur de risque thromboembolique dont la durée de la FA est clairement <48 h, l'héparine en iv ou l'HBPM à dose thérapeutique peut être envisagée en péri-cardioversion, sans avoir besoin d'anticoagulation orale en post cardioversion.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

## La cardioversion pharmacologique de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
Lorsque la cardioversion pharmacologique est préférée, et en l'absence de cardiopathies sous-jacente, le flecainide ou la propafénone en iv sont recommandées pour la cardioversion d'une FA d'apparition récente.	<b>I</b>	<b>A</b>
Dans les FA d'apparition récente, avec cardiopathies sous-jacente, l'amiodarone en iv est recommandée.	<b>I</b>	<b>A</b>
Dans les FA d'apparition récente sans cardiopathie significative sous-jacente, une forte dose orale unique de flécaïnide ou propafénone doit être envisagée, à condition de prouver l'innocuité de ce traitement par un premier test réalisé dans un environnement médicalement sécurisé (approche « pill in the pocket »).	<b>IIa</b>	<b>B</b>



Dans les FA d'apparition récente, avec cardiopathie sous-jacente mais sans hypotension ou insuffisance cardiaque, l'ibutilide peut être envisagé. Les électrolytes sériques et l'intervalle QTc doivent être dans les limites de la normale, et les patients doivent être surveillés jusqu'à 4 h après la perfusion en raison du risque de proarythmie.	<b>IIb</b>	<b>A</b>
La digoxine (niveau A), le verapamil, le sotalol, le metoprolol (niveau B) ainsi que d'autres beta bloquants et l'ajmaline (niveau C) sont inefficaces pour réduire une FA d'apparition récente et ne sont pas recommandés.	<b>III</b>	<b>A B C</b>

## La cardioversion électrique de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
La cardioversion électrique immédiate est recommandée chez les patients en FA rapide avec ischémie myocardique en évolution, angine de poitrine, hypotension symptomatique, ou insuffisance cardiaque, ne répondant pas rapidement aux mesures pharmacologiques.	<b>I</b>	<b>C</b>
La cardioversion électrique immédiate est recommandée pour les patients en FA impliquant une pré excitation quand une tachycardie rapide ou une instabilité hémodynamique est présente.	<b>I</b>	<b>B</b>
Une cardioversion électrique élective doit être envisagée pour initier une stratégie de contrôle du rythme à long terme pour le traitement de la FA.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Un prétraitement par l'amiodarone, le flécaïnide, la propafénone, l'ibutilide, ou le sotalol doit être envisagé pour améliorer les chances de réussite de la cardioversion électrique et pour prévenir la récurrence de la FA.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
La cardioversion électrique répétée peut être envisagée chez les patients très symptomatiques et qui sont réfractaires à d'autres traitements.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Un prétraitement par des $\beta$ -bloquants, le diltiazem ou le verapamil peut être envisagé pour le contrôle de la fréquence ventriculaire, bien que l'efficacité de ces agents n'est pas certaine pour l'augmentation des chances de réussite de la cardioversion électrique ou pour la prévention de la récurrence précoce de la FA.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

La cardioversion électrique est contre indiquée en cas d'intoxication aux digitaliques.	<b>III</b>	<b>C</b>
---	------------	----------

## Contrôle du rythme et contrôle de la fréquence ventriculaire dans la FA

Recommandations	Niveau	Grade
Le contrôle de la fréquence ventriculaire doit être la première approche chez les patients âgés en FA avec des symptômes mineurs (score d'EHRA à 1).	I	A
Le contrôle de la fréquence doit être poursuivi durant une approche de contrôle du rythme et ceci pour assurer un contrôle adéquat de la fréquence ventriculaire au cours de récurrences de FA.	I	A
Un contrôle du rythme est recommandé chez les patients en FA symptomatique (EHRA score > 2) malgré un contrôle de la fréquence adéquat.	I	B
Le contrôle du rythme chez les patients en insuffisance cardiaque liée à la FA doit être envisagé pour améliorer les symptômes.	IIa	B
Le contrôle du rythme comme première approche doit être envisagé chez les jeunes patients symptomatiques chez qui un traitement par ablation n'a pas été écarté.	IIa	C
Le contrôle du rythme doit être envisagé chez les patients en FA secondaire après correction de la cause (ex : ischémie, hyperthyroïdie...).	IIa	C

## Contrôle aigu de la fréquence ventriculaire

Recommandations	Niveau	Grade
Dans les cas aigus, et en l'absence de pré-excitation, l'administration de $\beta$ -bloquants ou d'inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques en iv, est recommandée pour ralentir la cadence ventriculaire de la FA. (prudence chez les patients hypotendus ou en insuffisance cardiaque).	I	A
Dans les cas aigus, l'administration des digitaliques ou l'amiodarone est recommandée pour contrôler la cadence ventriculaire de la FA chez les patients hypotendus en insuffisance cardiaque.	I	B
En présence de pré-excitation, les médicaments préférés sont les antiarythmiques de classe I ou l'amiodarone.	I	C
En présence de FA avec préexcitation, les b-bloquants, les inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques, la digoxine et l'adénosine sont contre-indiqués.	III	C

## Contrôle de la fréquence ventriculaire à long terme

Recommandations	Niveau	Grade
Le contrôle de la fréquence ventriculaire à l'aide d'un traitement pharmacologique ( $\beta$ -bloquants, inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques, digitaline ou association) est recommandée dans les FA paroxystique, persistante ou permanente. Le choix du médicament doit être individualisé et la dose modulée pour éviter une bradycardie.	I	B
En cas de symptômes dus à la FA au cours d'un effort, le contrôle de la fréquence ventriculaire doit être évalué au cours de l'exercice, et le traitement doit être ajusté pour obtenir une réponse chronotrope physiologique et pour éviter une bradycardie.	I	C
En présence de préexcitation, les médicaments préférés pour le contrôle de la fréquence ventriculaire de la FA sont la propafénone ou l'amiodarone.	I	C

Il est raisonnable de débiter le traitement avec un protocole peu strict visant une fréquence ventriculaire de repos <110 bpm.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Il est raisonnable d'adopter une stratégie plus stricte si les symptômes persistent ou si une cardiomyopathie dysrythmique apparaît: fréquence cardiaque au repos <80 bpm et fréquence cardiaque au cours de l'exercice modéré <110 bpm. Après avoir atteint la fréquence cardiaque cible, un Holter de 24h est recommandé.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Il est raisonnable d'utiliser la dronédarone pour contrôler la fréquence ventriculaire de la FA non permanente, à l'exception des patients en classe NYHA III-IV ou en insuffisance cardiaque instable.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
La digoxine est indiquée chez les patients en insuffisance cardiaque, dysfonction ventriculaire, ou sédentaires.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Le contrôle de la fréquence ventriculaire peut être atteint par l'administration de l'amiodarone orale lorsque les autres mesures ont échouées ou sont contre indiquées.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Les digitaliques ne doivent pas être utilisés comme le seul agent pour contrôler la fréquence ventriculaire dans la FA paroxystique.	<b>III</b>	<b>B</b>

## Ablation du nœud auriculo-ventriculaire dans les FA

Recommandations	Niveau	Grade
L'ablation du nœud AV pour contrôler la cadence ventriculaire doit être envisagée lorsque le traitement pharmacologique du contrôle de la fréquence ou du rythme a échoué (car inefficace ou non toléré), et quand l'ablation de la FA par cathéter ou par chirurgie n'est pas indiquée, a échoué ou est rejetée.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
L'ablation du nœud AV doit être envisagée dans les FA permanentes avec indication de resynchronisation ventriculaire (NYHA classe III ou classe IV ambulants malgré un traitement médical optimal, FE <35%, QRS > 130 ms).	<b>IIa</b>	<b>B</b>

L'ablation du nœud AV doit être envisagée pour les non-répondeurs à la resynchronisation ventriculaire chez qui la FA empêche une stimulation bi-ventriculaire efficace et chez qui l'amiodarone est inefficace ou contre-indiquée.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Dans les FA (tout type) avec dysfonction sévère du VG (FE <35%) et symptômes sévères d'insuffisance cardiaque (NYHA III ou IV), la stimulation bi-ventriculaire doit être envisagée après ablation du nœud AV.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
L'ablation du nœud AV peut être envisagée pour contrôler la fréquence ventriculaire en cas de suspicion d'une cardiomyopathie dysrythmique après échec du traitement pharmacologique et lorsque l'ablation directe de la FA n'est pas indiquée, a échoué, ou n'est pas retenue.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
L'ablation du nœud AV associée à une resynchronisation ventriculaire peut être envisagée chez les patients en FA permanente, FE <35%, et NYHA classe I ou II sous traitement médical optimal pour contrôler la fréquence cardiaque après échec du traitement pharmacologique ou en cas de survenue d'effet secondaire.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
L'ablation du nœud AV ne doit pas être envisagée avant l'essai d'un ralentissement pharmacologique de la fréquence ventriculaire ou avant une ablation endocavitaire de la FA.	<b>III</b>	<b>C</b>

## Pacemakers en post ablation du nœud AV

Recommandations	Niveau	Grade
Dans les FA (tout type) avec dysfonction modérée du VG (FE <45%) et insuffisance cardiaque en NYHA II, la stimulation bi-ventriculaire peut être envisagée après ablation du nœud AV.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Dans les FA paroxystiques avec fonction normale du VG, l'implantation d'un pacemaker double chambre (DDD) avec fonction « commutateur automatique de mode » peut être envisagée après ablation du nœud AV.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Dans les FA persistantes ou permanentes avec fonction normale du VG, l'implantation d'un pacemaker mono chambre (VVIR) peut être envisagée après ablation du nœud AV.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

## Choix d'un antiarythmique pour le contrôle de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
Les médicaments anti-arythmiques suivants sont recommandés pour le contrôle du rythme chez les patients en FA, en fonction de la cardiopathie sous-jacente:		
<i>amiodarone</i>	<b>I</b>	<b>A</b>
<i>dronedarone</i>	<b>I</b>	<b>A</b>
<i>flecainide</i>	<b>I</b>	<b>A</b>
<i>propafénone</i>	<b>I</b>	<b>A</b>
<i>sotalol</i>	<b>I</b>	<b>A</b>
L'amiodarone est plus efficace en terme de maintien du rythme sinusal que le sotalol, la propafénone, le flécaïnide (par analogie), ou la dronedarone (niveau A), mais en raison de sa toxicité, elle doit être utilisée lorsque les autres agents ont échoué ou sont contre-indiqués (niveau C).	<b>I</b>	<b>A</b>
Chez les patients en insuffisance cardiaque sévère, classe NYHA III et IV ou classe NYHA II instable (décompensation durant le mois précédent), l'amiodarone doit être le médicament de choix.	<b>I</b>	<b>B</b>
En cas de cardiopathie significative sous-jacente, le traitement antiarythmique initial doit être choisi parmi la dronedarone, le flécaïnide, la propafénone et le sotalol.	<b>I</b>	<b>A</b>
Les $\beta$ -bloquants sont recommandés pour la prévention de la FA adrénergique.	<b>I</b>	<b>C</b>
Si un médicament anti-arythmique ne parvient pas à réduire le taux des récurrences de la FA à un niveau cliniquement acceptable, l'utilisation d'un autre médicament anti-arythmique doit être envisagée.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
La dronedarone doit être envisagée afin de réduire les hospitalisations cardiovasculaires chez les patients avec FA non permanente et des facteurs de risque cardiovasculaires.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Les $\beta$ -bloquants doivent être envisagés pour le contrôle du rythme (et de la fréquence) chez les patients présentant un premier épisode de FA.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Le disopyramide peut être envisagé chez les patients avec une FA vagale.	<b>IIb</b>	<b>B</b>

La dronédarone n'est pas recommandée pour le traitement de la FA chez les patients de classe NYHA III et IV ou classe NYHA II instable (décompensation durant le mois précédent).	<b>III</b>	<b>B</b>
Un traitement antiarythmique n'est pas recommandé pour le maintien du rythme sinusal chez les patients ayant une dysfonction du nœud sinusal ou du nœud AV, à moins d'avoir un pacemaker permanent.	<b>III</b>	<b>C</b>

### Ablation endocavitaire de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
L'ablation du flutter auriculaire commun est recommandée, dans le cadre d'une procédure d'ablation de FA s'il a été documenté avant la procédure d'ablation ou s'il survient pendant l'ablation de la FA.	<b>I</b>	<b>B</b>
L'ablation endocavitaire de la FA paroxystique doit être envisagée chez les patients symptomatiques ne répondant pas à un traitement antiarythmique.	<b>IIa</b>	<b>A</b>
L'ablation d'une FA persistante symptomatique réfractaire au traitement antiarythmique doit être envisagée comme option thérapeutique.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
En post-ablation, l'HBPM ou l'héparine non fractionnée en iv, doivent être envisagée en relais du traitement AC oral qui doit être poursuivi pendant au moins 3 mois. Par la suite l'indication du traitement AC dépend du risque thrombotique propre de chaque patient.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
La poursuite du traitement AC oral post ablation est recommandée chez les patients avec 1 facteur de risque majeur (définitif) ou $\geq 2$ facteurs de risque « non majeurs mais cliniquement pertinents » (c.-à-d. CHA2DS2-VASC score $\geq 2$ ).	<b>IIa</b>	<b>B</b>
L'ablation endocavitaire de la FA chez les patients avec insuffisance cardiaque peut être envisagée lorsque le traitement pharmacologique, incluant l'amiodarone, ne parvient pas à contrôler les symptômes.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
L'ablation endocavitaire de la FA paroxystique sans cardiopathie significative peut être envisagée avant le traitement antiarythmique chez les patients symptomatiques malgré un contrôle adéquat de la fréquence ventriculaire.	<b>IIb</b>	<b>B</b>

L'ablation endocavitaire de la FA peut être envisagée chez les patients avec FA persistante symptomatique de longue date réfractaire aux antiarythmiques.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
---	------------	----------

## Ablation chirurgicale de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
L'ablation chirurgicale de la FA doit être envisagée lors d'une chirurgie cardiaque programmée chez des patients ayant une FA symptomatique.	<b>IIa</b>	<b>A</b>
L'ablation chirurgicale de la FA peut être effectuée chez les patients en FA asymptomatique lors d'une chirurgie cardiaque, si réalisable avec risque minime.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
L'ablation chirurgicale de la FA sans chirurgie cardiaque concomitante est faisable et peut être effectuée chez les patients présentant une FA symptomatique après l'échec de l'ablation endocavitaire.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

## Prévention secondaire de la FA par le traitement non antiarythmique

Recommandations	Niveau	Grade
Un traitement par IEC ou ARA-II peut être envisagé en association au traitement antiarythmique dans les FA récidivantes avant une cardioversion électrique.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
Les IEC et les ARA-II peuvent être utiles pour la prévention de la récurrence de la FA chez les patients ayant des FA paroxystiques ou persistantes sans cardiopathie sous-jacente significative, si ces 2 molécules sont indiquées pour d'autres raisons (ex : HTA).	<b>IIb</b>	<b>B</b>



## Prévention primaire de la FA par le traitement non antiarythmique

Recommandations	Niveau	Grade
Les IEC et les ARA-II doivent être envisagés pour la prévention primaire de la FA chez les patients en insuffisance cardiaque et fraction d'éjection réduite.	IIa	A
Les IEC et les ARA-II doivent être envisagés pour la prévention primaire de la FA chez les patients avec hypertension artérielle, en particulier en cas d'hypertrophie ventriculaire gauche.	IIa	B
Les statines doivent être envisagées pour la prévention primaire de la FA après pontage aorto-coronarien, isolé ou associé à des chirurgies valvulaires.	IIa	B
Les statines peuvent être envisagées pour la prévention primaire de la FA chez les patients avec cardiopathie sous-jacente, en particulier l'insuffisance cardiaque.	IIb	B
Les IEC, ARA-II, et statines ne sont pas recommandés pour la prévention primaire de la FA chez les patients sans maladie cardiovasculaire.	III	C

## La FA dans l'insuffisance cardiaque: contrôle de la fréquence ventriculaire

Recommandations	Niveau	Grade
Les $\beta$ -bloquants sont recommandés en première ligne pour contrôler la fréquence ventriculaire chez les patients en insuffisance cardiaque avec FE basse.	I	A
La digoxine doit être ajoutée quand la monothérapie est insuffisante.	I	B
Chez les patients hémodynamiquement instables en insuffisance cardiaque aigue et FE basse, l'amiodarone est recommandée en tant que traitement initial.	I	B

En l'absence d'une préexcitation ventriculaire, la digoxine est recommandée comme une alternative à l'amiodarone pour contrôler la fréquence cardiaque chez les patients en FA et insuffisance cardiaque systolique aigüe.	<b>I</b>	<b>C</b>
L'ablation du nœud AV doit être envisagée pour contrôler la fréquence cardiaque lorsque les autres mesures ont échoué ou sont contre-indiquées chez les patients en FA permanente avec indication à une resynchronisation ventriculaire (NYHA III-IV, FEVG <35%, et QRS > 130 ms).	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Chez les patients avec insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, un inhibiteur calcique non-dihydropyridinique peut être envisagé.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Un $\beta$ -bloquant peut être envisagée en tant qu'alternative à un inhibiteur calcique non dihydropyridinique dans l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Un inhibiteur calcique non-dihydropyridinique n'est pas recommandé pour contrôler la fréquence ventriculaire chez les patients ayant une insuffisance cardiaque systolique.	<b>III</b>	<b>C</b>

## La FA dans l'insuffisance cardiaque: contrôle du rythme

<b>Recommandations</b>	<b>Niveau</b>	<b>Grade</b>
Une cardioversion électrique est recommandée quand une fréquence ventriculaire rapide ne répond pas aux mesures pharmacologiques chez les patients en FA avec ischémie myocardique en évolution, hypotension symptomatique, ou symptômes de congestion pulmonaire.	<b>I</b>	<b>C</b>
L'amiodarone est la seule molécule utilisable pour maintenir un rythme sinusal chez les patients en FA avec insuffisance cardiaque instable sévère (Classe NYHA III ou IV) ou récente ( $\leq 4$ semaines).	<b>I</b>	<b>C</b>
L'administration de l'amiodarone est une option raisonnable pour la cardioversion pharmacologique de la FA, ou pour faciliter la cardioversion électrique de la FA.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Chez les patients en FA avec insuffisance cardiaque stable (classe NYHA I, II), la dronédarone doit être envisagée pour réduire les hospitalisations cardiovasculaires.	<b>IIa</b>	<b>C</b>

Pour les patients en insuffisance cardiaque et FA symptomatique persistante malgré le contrôle adéquat de la fréquence ventriculaire, la cardioversion électrique et le contrôle du rythme peuvent être envisagés.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
L'ablation endocavitaire peut être envisagée chez les patients en insuffisance cardiaque avec FA symptomatique réfractaire.	<b>IIb</b>	<b>B</b>

## La FA chez les athlètes

Recommandations	Niveau	Grade
Quand l'approche «pill-in-the-pocket» est utilisée avec des inhibiteurs des canaux sodiques, l'arrêt du sport doit être envisagé tant que l'arythmie persiste et jusqu'à 1-2 demi-vies de l'antiarythmique plus tard.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
L'ablation isthmique doit être envisagée chez les athlètes de compétition ou de loisir avec un flutter auriculaire documenté, en particulier lorsqu'un traitement par flécaïnide ou propafénone est prévu.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Chez les athlètes, l'ablation de la FA doit être envisagée pour éviter la récurrence.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Quand une cause spécifique de la FA est identifiée chez un athlète (tels que l'hyperthyroïdie), il n'est pas recommandé de poursuivre la participation à des sports de compétition ou de loisir jusqu'à la correction de la cause.	<b>III</b>	<b>C</b>
Il n'est pas recommandé de permettre une activité sportive en cas de symptômes de détérioration hémodynamique (ex vertiges).	<b>III</b>	<b>C</b>

## La FA dans les valvulopathies

Recommandations	Niveau	Grade
Un traitement AC oral (INR 2-3) est indiqué chez les patients avec sténose mitrale et FA (paroxystique, persistante ou permanente).	I	C
Un traitement AC oral (INR 2-3) est recommandé chez les patients en FA avec insuffisance mitrale cliniquement significative.	I	C
Dans la FA d'apparition récente chez les patients avec sténose mitrale modérée ou sévère, la dilatation mitrale percutanée doit être envisagée quand l'anatomie valvulaire est favorable et en l'absence de thrombus de l'oreillette gauche.	IIa	C
Dans la FA d'apparition récente chez les patients avec insuffisance mitrale sévère et fonction normale du VG, une chirurgie valvulaire mitrale précoce doit être envisagée même en l'absence de symptômes et en particulier quand une plastie mitrale est réalisable.	IIa	C

## La FA dans les syndromes coronariens aigus

Recommandations	Niveau	Grade
Chez les patients en SCA et FA, une cardioversion électrique est recommandée en cas de retentissement hémodynamique sévère ou une ischémie réfractaire ou lorsqu'un contrôle adéquat de la fréquence ne peut pas être obtenu.	I	C
L'amiodarone intraveineuse est recommandée pour ralentir une réponse ventriculaire rapide de la FA chez les patients présentant un SCA.	I	C
Les $\beta$ -bloquants par voie intraveineuse sont recommandés pour ralentir une réponse ventriculaire rapide de la FA chez les patients présentant un SCA.	I	C
Les inhibiteurs calciques non-dihydropyridiniques par voie intraveineuse (vérapamil, diltiazem), doivent être envisagés pour ralentir une réponse ventriculaire rapide de la FA chez les patients avec SCA et sans signe clinique d'insuffisance cardiaque.	IIa	C
La digoxine par voie intraveineuse peut être envisagée pour ralentir une réponse ventriculaire rapide de la FA chez les patients avec SCA et insuffisance cardiaque.	IIb	C
L'administration de flécaïnide ou de propafénone n'est pas recommandée chez les patients en FA dans le cadre d'un SCA.	III	B

## La FA pendant la grossesse

Recommandations	Niveau	Grade
La cardioversion électrique peut être effectuée en toute sécurité à tous les stades de la grossesse, et est recommandée chez les patientes qui sont hémodynamiquement instables à cause de la FA, et à chaque fois que le risque de la FA est considéré élevé, pour la mère ou pour le fœtus.	I	C
La prévention des complications thromboemboliques est recommandée tout au long de la grossesse chez les patientes en FA avec haut risque thrombotique. Le choix de l'agent (héparine ou warfarine) est à faire en fonction du stade de la grossesse.	I	C
L'administration d'un AVK est recommandée à partir du 2ème trimestre, jusqu'à 1 mois avant l'accouchement.	I	B
Les HBPM à doses thérapeutiques sont recommandées pendant le premier trimestre et au cours du dernier mois de la grossesse. Alternativement, l'HNF peut être donnée (PTT à 1,5 fois le témoin).	I	B
Si le contrôle de la fréquence ventriculaire est nécessaire, un $\beta$ -bloquant ou un inhibiteur calcique non-dihydropyridinique doivent être envisagés. Au cours du premier trimestre de la grossesse, l'utilisation des B-bloquants doit être mise en balance avec le risque potentiel d'effets négatifs sur le fœtus.	IIa	C
Chez les patientes hémodynamiquement stables sans cardiopathie, le flécaïnide ou l'ibutilide par voie intraveineuse peuvent être envisagés pour réduire une FA d'apparition récente, si la réduction de l'arythmie est obligatoire et la cardioversion électrique considérée inappropriée.	IIb	C
Si le contrôle de la fréquence ventriculaire est indiqué, la digoxine peut être envisagée en cas de contre indications aux $\beta$ -bloquants ou aux inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques.	IIb	C

## La FA post opératoire

Recommandations	Niveau	Grade
Les $\beta$ -bloquants oraux sont recommandés pour prévenir la FA post opératoire après chirurgie cardiaque.	I	A
Si utilisés, les $\beta$ -bloquants (et les autres anti-arythmiques aussi) doivent être poursuivis jusqu'au jour de la chirurgie.	I	B
Le contrôle de la fréquence ventriculaire est recommandé chez les patients en FA sans instabilité hémodynamique.	I	B
Une cardioversion électrique est recommandée chez les patients développant une FA post opératoire avec instabilité hémodynamique.	I	C
L'administration préopératoire d'amiodarone doit être considérée comme un traitement prophylactique pour les patients à risque élevé de FA post opératoire.	IIa	A
Les AT/AC doivent être envisagés dans la FA post opératoire lorsque la durée de la FA est > 48 h, sauf contre-indication.	IIa	A
Si le rythme sinusal est rétabli, l'anticoagulation doit être poursuivie pendant 4 semaines au minimum, et plus longtemps en présence de facteurs de risque d'AVC.	IIa	B
Dans les FA post op récidivantes ou réfractaires, l'administration des antiarythmiques doit être envisagée dans le but de maintenir un rythme sinusal.	IIa	C
Le sotalol peut être envisagé pour la prévention de la FA après une chirurgie cardiaque, mais il est associé à un risque proarythmogène.	IIb	A
Une stimulation bi-atriale peut être envisagée pour la prévention de la FA après une chirurgie cardiaque.	IIb	A
Les corticoïdes peuvent être envisagés pour de réduire l'incidence de la FA après chirurgie cardiaque, mais sont associés à un risque.	IIb	B

## La FA dans l'hyperthyroïdie

Recommandations	Niveau	Grade
Chez les patients avec une maladie thyroïdienne active, un traitement AT est recommandé en se basant sur la présence d'autres facteurs de risque d'AVC.	I	C
L'administration d'un $\beta$ -bloquant est recommandée pour contrôler la fréquence ventriculaire d'une FA secondaire à une thyrotoxicose, sauf contre-indication.	I	C
Quand un $\beta$ -bloquant ne peut pas être utilisé, l'administration d'un inhibiteur calcique non dihydropyridinique (diltiazem ou le vérapamil) est recommandée pour contrôler la fréquence ventriculaire d'une FA secondaire à une thyrotoxicose.	I	C
Si une stratégie de contrôle du rythme est souhaitable, il est nécessaire de normaliser la fonction thyroïdienne avant la réduction, sinon le risque de rechute est élevé.	I	C
Après normalisation de la fonction thyroïdienne, les recommandations pour la prophylaxie antithrombotique deviennent les mêmes que pour les patients sans hyperthyroïdie.	I	C

## La FA dans le syndrome de WPW

Recommandations	Niveau	Grade
En cas de FA et WPW, l'ablation endocavitaire du faisceau accessoire est recommandée afin de prévenir une mort subite.	I	A
Après une mort subite récupérée, les patients ayant un WPW doivent être immédiatement référés pour une ablation endocavitaire dans un centre expérimenté.	I	C
En cas de préexcitation ventriculaire à l'ECG, l'ablation endocavitaire est recommandée chez les patients asymptomatiques ayant des professions à haut risque (ex : pilotes, conducteurs de transports en commun..).	I	B
L'ablation endocavitaire est recommandée chez les patients asymptomatiques à haut risque de développer une FA en présence d'une préexcitation ventriculaire à l'ECG.	I	B
Chez les patients asymptomatiques avec préexcitation ventriculaire, une ablation endocavitaire du faisceau accessoire doit être envisagée seulement après explication complète et conseils attentionnés.	IIa	B

## La FA dans la CMH

Recommandations	Niveau	Grade
Le rétablissement d'un rythme sinusal par cardioversion électrique ou pharmacologique est recommandé chez les patients avec CMH présentant une FA d'apparition récente.	I	B
Un traitement AC oral (INR 2-3) est recommandé chez les patients avec une CMH qui développent une FA sauf contre-indication.	I	B
L'amiodarone (ou en alternative, disopyramide plus $\beta$ -bloquants) doivent être envisagés pour rétablir et maintenir le rythme sinusal chez les patients avec CMH.	IIa	C
L'ablation endocavitaire de la FA doit être envisagée dans les formes symptomatiques réfractaires au traitement pharmacologique.	IIa	C
Les procédures d'ablation (avec myomectomie septale concomitante si indiquée) peuvent être envisagées chez les patients avec CMH et FA réfractaire.	IIa	C



## La FA dans les maladies pulmonaires

Recommandations	Niveau	Grad
La correction de l'hypoxémie et de l'acidose est recommandée dans le cadre d'une prise en charge initiale des patients qui développent une FA au cours d'une maladie pulmonaire aiguë ou au cours d'une exacerbation d'une maladie pulmonaire chronique.	I	C
Une cardioversion électrique doit être tentée chez les patients atteints d'une maladie pulmonaire qui deviennent hémodynamiquement instables suite à une FA.	I	C
Un inhibiteur calcique non-dihydropyridinique (diltiazem ou vérapamil) doit être envisagé pour contrôler la fréquence ventriculaire chez des patients ayant une bronchopneumopathie obstructive qui développent une FA.	IIa	C
Les $\beta$ - bloquants sélectifs (ex. bisoprolol) à petites doses doivent être envisagés comme une alternative pour le contrôle de la fréquence ventriculaire.	IIa	C
La théophylline et les agents $\beta$ -adrénergiques ne sont pas recommandés chez les patients avec maladie pulmonaire broncho spastique qui développent une FA.	III	C
Les $\beta$ -bloquants non sélectifs, le sotalol, la propafénone, et l'adénosine ne sont pas recommandés chez les patients ayant une maladie pulmonaire obstructive qui développent une AF.	III	C

# Prise en Charge de la Fibrillation Auriculaire

Mise à jour 2012

## Dépistage de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
Le dépistage de la FA chez les patients $\geq 65$ ans par la prise du pouls suivie d'un ECG est recommandé pour permettre la détection en temps opportun de la FA.	I	B

## Prévention des complications thromboemboliques de la FA non valvulaire

### 1-Recommandations générales

Recommandations	Niveau	Grade
Le traitement antithrombotique est recommandé pour tous les patients en FA, à l'exception de ceux (hommes et femmes) qui sont à faible risque (âge <65 ans et FA isolée), ou avec des contre-indications.	I	A
Le choix du traitement anti thrombotique doit être basé sur les risques absolus d'AVC / complications thromboemboliques et saignements ainsi que sur le bénéfice clinique net pour un patient donné.	I	A
Le score CHA2DS2-VASC est recommandé comme un moyen d'évaluer le risque d'AVC chez les patients en FA non valvulaire.	I	A
Chez les patients ayant un score CHA2DS2-VASC de 0 (c.à.d, âge <65 ans avec FA isolée) sans aucun facteur de risque, aucun traitement AT n'est recommandé.	I	B

<p>Chez les patients ayant un score de CHA2DS2-VASC <math>\geq 2</math>, un traitement AC oral par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un AVK (INR 2-3) ; ou</li> <li>- un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) ; ou</li> <li>- un inhibiteur du Facteur Xa oral (ex. rivaroxaban, apixaban)</li> </ul> <p>... est recommandé, sauf si contre-indications.</p>	<b>I</b>	<b>A</b>
<p>Chez les patients ayant un score de CHA2DS2-VASC = 1, un traitement AC oral par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un AVK (INR 2-3) ; ou</li> <li>- un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) ; ou</li> <li>- un inhibiteur du Facteur Xa oral (ex. rivaroxaban, apixaban)</li> </ul> <p>... doit être envisagé, en se basant sur une évaluation du risque hémorragique et les préférences du patient.</p>	<b>IIa</b>	<b>A</b>
<p>Chez les femmes âgées de &lt;65 ans ayant une FA isolée (mais qui ont toujours un score CHA2DS2-VASC de 1 en raison de leur sexe) aucun traitement anti thrombotique ne doit être envisagé.</p>	<b>IIa</b>	<b>B</b>
<p>Lorsque les patients refusent tout AC oral, un traitement associant l'aspirine 75-100 mg et clopidogrel 75 mg par jour est à envisager (quand le risque de saignement est faible) ou, moins efficacement, l'aspirine à 75-325 mg par jour.</p>	<b>IIa</b>	<b>B</b>

## 2- Les Nouveaux anti coagulants (NAC)

Recommandations	Niveau	Grade
<p>Chez un patient en FA, lorsque les AVK sont indiqués mais ne peuvent pas être utilisés en raison de difficultés dans le maintien d'une anticoagulation thérapeutique, ou suite à des effets secondaires des AVK, ou suite à une impossibilité de surveiller l'INR, l'un des NAC suivant est recommandé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) ; ou</li> <li>- un inhibiteur du Facteur Xa oral (ex. rivaroxaban, apixaban)</li> </ul>	<b>I</b>	<b>B</b>
<p>Quand un AC oral est recommandé, un des NAC (dabigatran, rivaroxaban, ou apixaban) doit être envisagé plutôt que les AVK pour la majorité des patients ayant une FA non valvulaire, sur la base de leur bénéfice clinique net.</p>	<b>IIa</b>	<b>A</b>

Lorsque le dabigatran est prescrit, une dose de 150 mg 2 fois par jour doit être envisagée pour la majorité des patients, en préférence à la dose de 110 mg 2 fois par jour qui sera plutôt recommandée en cas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'âge avancé (<math>\geq 80</math> ans)</li> <li>• d'utilisation concomitante de médicaments potentialisant l'effet anticoagulant (ex. vérapamil)</li> <li>• de risque élevé de saignement (HAS-BLED score <math>\geq 3</math>)</li> <li>• d'insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine 30-49 ml / min).</li> </ul>	<b>IIa</b>	B
Lorsque le rivaroxaban est envisagé, une dose de 20 mg par jour doit être utilisée chez la majorité des patients, en préférence à la dose de 15 mg par jour qui sera plutôt recommandée en cas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de risque élevé de saignement (HAS-BLED score <math>\geq 3</math>)</li> <li>• d'insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine 30-49 ml / min).</li> </ul>	<b>IIa</b>	C
Une évaluation régulière de la fonction rénale (par la clairance de la créatinine) est recommandée après le début d'un traitement par les NAC. Cette évaluation doit être faite une fois par an sauf en cas d'insuffisance rénale modérée (2-3 fois par an).	<b>IIa</b>	B
Les NAC (dabigatran, rivaroxaban et apixaban) ne sont pas recommandés chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine $<30$ mL / min).	<b>III</b>	C

### 3- Le saignement

Recommandations	Niveau	Grade
L'évaluation du risque de saignement est recommandée lors de la prescription d'un traitement AT (AVK, NAC, aspirine ou clopidogrel).	<b>I</b>	A
Le score HAS-BLED doit être utilisé pour l'évaluation du risque hémorragique. Un score $> 3$ indique un «haut risque» nécessitant une certaine prudence et une surveillance régulière suite à l'initiation du traitement AT (AC oral ou aspirine). (niveau A).	<b>IIa</b>	A
Les facteurs de risque de saignement corrigibles [hypertension artérielle non contrôlée, INR labile pour les AVK, médication concomitante (aspirine, AINS...), prise d'alcool, ....] doivent être pris en charge (niveau B).		B
Le score HAS-BLED doit être utilisé pour identifier les facteurs modifiables du risque hémorragique, mais ne doit pas être utilisé seul pour exclure les patients d'un traitement AC oral (niveau B).		

Le risque d'hémorragie majeure du traitement antiplaquettaire (bithérapie aspirine + clopidogrel, en particulier chez les personnes âgées, ou en monothérapie avec l'aspirine) doit être considéré comme similaire à celui du traitement AC oral.	IIa	B
---	-----	---

#### 4- Pericardioversion

Recommandations	Niveau	Grade
Pour les patients en FA $\geq$ 48h ou lorsque la durée de la FA est inconnue, le traitement AC oral (AVK avec INR 2-3 ou NAC) est recommandé pendant $\geq$ 3 semaines avant, et pendant $\geq$ 4 semaines après la cardioversion, indépendamment de la méthode (électrique ou pharmacologique orale / i.v).	I	B
Chez les patients présentant des facteurs de risque d'AVC ou de récurrence de FA, le traitement AC oral doit être poursuivi à vie, indépendamment du maintien apparent du rythme sinusal après cardioversion.	I	B

### Fermeture/occlusion/excision de l'auricule gauche

Recommandations	Niveau	Grade
La fermeture interventionnelle percutanée de l'auricule gauche peut être envisagée chez les patients ayant un risque élevé d'AVC et une contre-indication à l'anticoagulation chronique.	IIb	B
L'excision chirurgicale de l'auricule gauche peut être envisagée lors d'une chirurgie à cœur ouvert.	IIb	C

## Cardioversion pharmacologique de la FA d'apparition récente

Recommandations	Niveau	Grade
Lorsque la cardioversion pharmacologique est préférée et en l'absence de cardiopathie significative sous jacente, un traitement intraveineux par flécaïnide, propafénone, ibutilide, ou vernakalant est recommandé.	I	A
Chez les patients en FA $\leq$ 7 jours et cardiopathie sous jacente modérée [mais sans hypotension $<100$ mm Hg, classe NYHA III ou IV, SCA récent ( $<30$ jours), ou sténose aortique sévère], le vernakalant par voie intraveineuse peut être envisagé. Le Vernakalant doit être utilisé avec prudence chez les patients en classe NYHA I-II.	IIb	B
Le vernakalant par voie intraveineuse peut être envisagé pour la cardioversion de la FA post chirurgie cardiaque ( $\leq$ 3 jours).	IIb	B

## Recommandations des antiarythmiques oraux

Recommandations	Niveau	Grade
La dronédarone est recommandée pour les FA récidivantes en tant qu'agent antiarythmique modérément efficace pour le maintien du rythme sinusal.	I	A
Un traitement antiarythmique à court terme (4 semaines) post cardioversion peut être envisagé chez des patients sélectionnés (ex : les personnes à risque pour des complications associées au traitement).	IIb	B
La dronédarone n'est pas recommandée pour la FA permanente.	III	B

## Ablation endocavitaire de la FA

Recommandations	Niveau	Grade
L'ablation endocavitaire d'une FA paroxystique symptomatique est recommandée chez les patients qui ont des récurrences symptomatiques sous traitement anti arythmique (amiodarone, dronédarone, flécaïnide, propafénone, sotalol) et qui souhaitent un moyen supplémentaire de contrôle du rythme, lorsqu'elle est effectuée par un rythmologue ayant une formation appropriée et qui effectue la procédure dans un centre expérimenté.	I	A
L'ablation endocavitaire de la FA doit cibler l'isolation des veines pulmonaires.	IIa	A
L'ablation endocavitaire de la FA doit être envisagée comme traitement de première ligne en alternative au traitement antiarythmique dans les FA paroxystiques et symptomatiques, en prenant en compte le choix du patient, le bénéfice, et le risque.	IIa	B
Quand une ablation endocavitaire de la FA est planifiée, le traitement AC oral doit être poursuivi pendant la procédure, tout en maintenant un INR autour de 2.	IIa	B