

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 13 août 2019

Hôpital cantonal de Genève

Fibrillation auriculaire récente : cardioverser ou ralentir ?

Prof. F. Sarasin

L'article commenté ce jour c'est "Early or Delayed Cardioversion in Recent-Onset Atrial Fibrillation, N.A.H.A. Pluymaekers, 10.1056/NEJMoa190035".

En cas de fibrillation auriculaire (FA) récente (< 48h), il est d'usage de proposer une cardioversion (CV) électrique ou médicamenteuse... Mais le pourcentage de cardioversions spontanées est important, et aucune étude n'a comparé l'efficacité de la CV avec une stratégie plus conservatrice (wait and see).

Cette étude propose de comparer la CV immédiate médicamenteuse (flécaïnide = Tambocor®) ou électrique, au contrôle de la fréquence et à une CV différée si la FA persiste, lors de FA primaire aiguë récente de moins de 36 heures.

L'étude est multicentrique, elle est prospective, randomisée, de non infériorité...

Pour le groupe « wait and see » le rythme est contrôlé à moins de 110/ et le patient est revu après 24 hres.

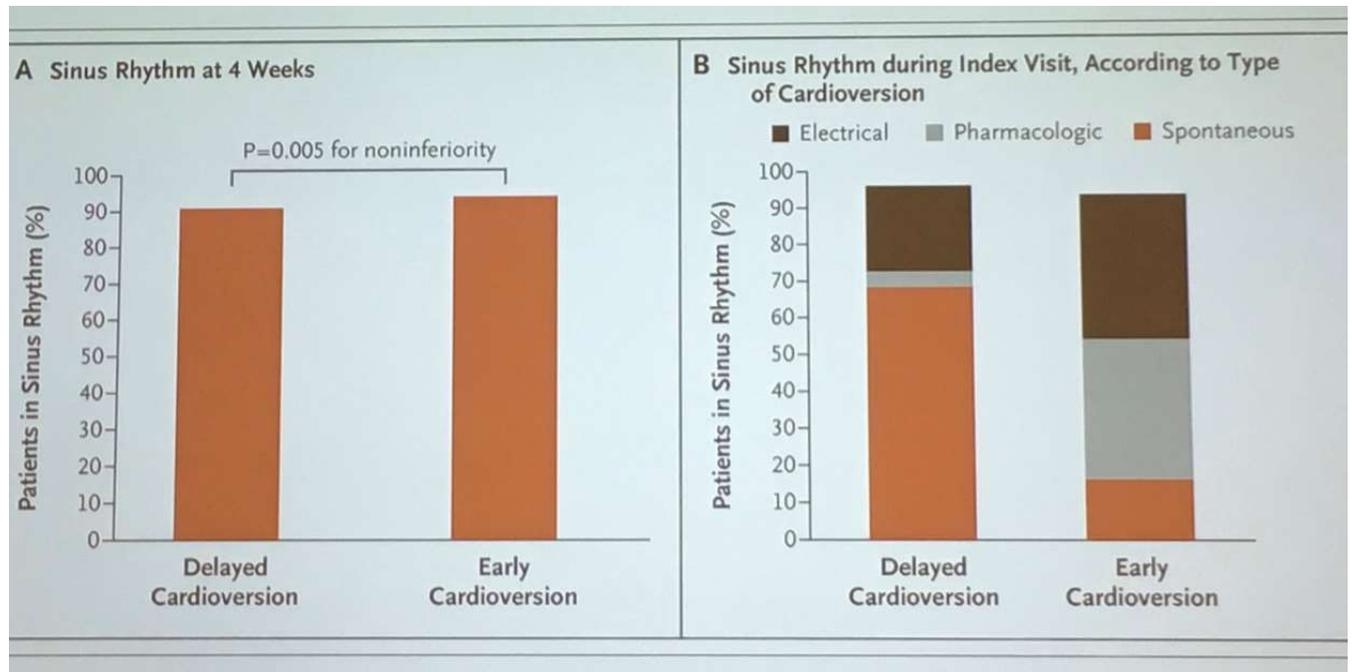
Pour le groupe « CV immédiate » le patient est traité et rentre à la maison sans rendez-vous.

(Dans les 2 cas, les patients sont anticoagulés en fonction de leur score CHAD-VASC.)

Risk factors	Score	CHADS2-VASc score and Annual stroke risk (%)
Congestive heart failure	1	Score 1 = 1.3
Hypertension	1	2 = 2.2
Age > 75 years	2	3 = 3.2
Diabetes mellitus	1	4 = 4
Stroke/TIA/systemic embolism	2	5 = 6.7
Vascular disease	1	6 = 9.8
Age 65 to 74 years	1	7 = 9.6
Sex (female)	1	8 = 6.7
		9 = 15.2

Il y a 65 patients dans chaque bras...

Les résultats ne montrent pas de différence pour la récupération d'un rythme sinusal (RS) dans les 4 semaines. 70% des patients « wait and see » se convertissent tout seul spontanément en RS.



Pas de différence non plus pour ce qui est des complications (insuffisance cardiaque, TIA, angor instable, bradycardie ou hypotension, tachycardie).

Pour la CV immédiate temps de séjour aux urgences = 120'

Pour les « wait and see » = 180'

La conclusion est que pour une FA aiguë primaire bien tolérée, ralentir la fréquence avec CV à 24 hres n'est pas inférieur à une CV immédiate en terme de pourcentage de RS à 1 mois.

Le taux de complications est semblable dans les 2 groupes.

La durée de séjour aux urgences est inférieure de 60' si la CV immédiate est choisie.

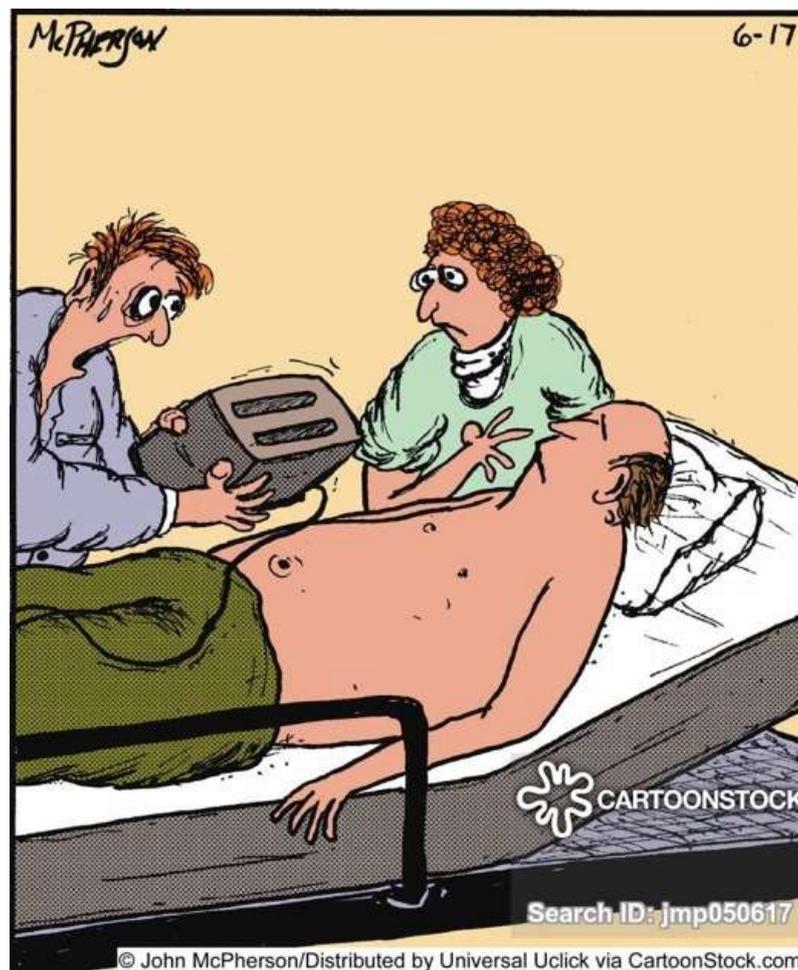
Les commentaires c'est que la CV différée semble préférable car elle évite un geste invasif et n'allonge que peu le séjour aux urgences.

Mais cette stratégie nécessite une logistique rodée pour revoir les patients à 24 hres, pour pouvoir les CV si nécessaire.

A Genève, il n'y a pas la logistique de revoir systématiquement les patients après 24 heures... et comme souvent les patients ont plus de 65 ans, il serait imprudent de les laisser plusieurs jours sans les reconstrôler... donc ce qui fait dire au Prof. H. Burri que

pour un patient de plus de 65 ans avec une FA aiguë primaire de moins de 48 heures, la CV immédiate... ce n'est pas si mal....

On insiste pour nous rappeler qu'il est important de maintenir l'anticoagulation, même après CV car les FA sont souvent totalement asymptomatiques, et elles restent une cause importante de TIA voire d'AVC.



**"Our defibrillator paddles are broken!
Stick his hands in this toaster!"**

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch