Stratégie Globale de prise en charge d'un patient en FA : AF-CARE

1. **C : Comorbidités et FDRCV à rechercher**
2. **A : Anticoagulation appropriée**
3. **R : Ralentir et Réduire = contrôler la FC et envisager la cardioversion**

E : Évaluer et ré-évaluer les thérapeutiques en cours chez les patients chroniques

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

1

FA / FLUTTER

Si doute diagnostic : manœuvre vagale ou adénosine en respectant les CI et les précautions d'emploi

Instabilité hémodynamique et/ou respiratoire

Attention si voie accessoire connue ou découverte sur ECG (Cf. ANNEXE)

Installation SAUV

Cardioversion électrique (Cf. page 5)

Ancienneté ?

1er épisode ?

Facteur déclenchant ?

La recherche et la correction d'un facteur déclenchant doit être une priorité avant, ou en parallèle de, l'instauration d'un traitement contrôlant la fréquence ou le rythme cardiaque

Observance thérapeutique

Systémique : Hypovolémie, Sepsis, Anémie, Hyperthyroïdie, Trouble Métabolique,...

Toxique : Alcool, CO, Cocaïne,...

Cardiaque : Péricardite, SCA, Insuffisance Cardiaque décompensée, Valvulopathie, Embolie Pulmonaire,...

Cardiopathie Connue ?

Insuffisance cardiaque et dernière FEVG

Trouble conductif / Bloc de branche

Type de cardiopathie (Ischémique? Amylose?)

Anticoagulant ?

Antiarythmique ?

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

2 Patient déjà sous anticoagulation efficace à dose curative ?

OUI → Poursuite du traitement anticoagulant

NON → Débuter anticoagulation, quelque soit le score CHA2DS2-VA

3 Contrôle de la fréquence cardiaque

Objectif FC < 110 bpm

FC < 110 bpm

Et

Absence de **retentissement fonctionnel**

→ **Suivi Ambulatoire**

Adresser les découvertes de FA en consultation cardiologique dans le mois

FC > 110 bpm

→ **Échographie Clinique par urgentiste :**

FEVG ? Congestion Pulmonaire ? Surcharge vasculaire ? Facteur déclenchant ?

→ **Mauvaise tolérance clinique ?**

OU

Hypotension Artérielle ?

OU

Insuffisance cardiaque décompensée ?

NON →

ß-Bloquant ß1 sélectif quelque soit la FEVG

Si CI aux ß-bloquants :

- **Inhibiteur calcique si FE ≥ 40% et absence de cardiopathie sous-jacente**

Ou

- **Digoxine si cardiopathie sous-jacente**

OUI →

Digoxine IV ou **Amiodarone** IV (en considérant le risque de cardioversion)

→ **FC < 110 bpm**

ET

Amélioration Symptomatique

OUI →

Hospitalisation ou **gestion ambulatoire** en fonction de :

- correction du facteur déclenchant
- contexte clinique / social du patient
- accessibilité à la filière cardiologique

NON →

Avis cardiologique Urgent

3

Contrôle du rythme cardiaque

Antiarythmique ? / Cardioversion médicamenteuse ?

La cardioversion médicamenteuse s'envisagera uniquement en cas de mauvaise tolérance clinique après contrôle de la FC et sans signes d'instabilité HD (envisager dans ce cas une cardioversion par CEE)

Chez un patient déjà sous antiarythmique, associations à discuter avec cardiologue

FLECAINIDE uniquement chez un patient sans cardiopathie préexistante ni trouble de conduction sur l'ECG

Ou

AMIODARONE chez les patients avec une cardiopathie connue

Prise en charge ambulatoire

Les patients faisant l'objet d'une **découverte de FA** aux urgences peuvent bénéficier d'une stratégie de prise en charge ambulatoire. Ils seront adressés en consultation cardiologique spécialisée dans le mois, sous réserve :

- De la mise en place d'une **anticoagulation** curative efficace
- D'avoir un **contrôle de la FC** satisfaisant avec ou sans thérapeutique
- De n'avoir **aucun retentissement** clinique ou fonctionnel significatif de la FA
- D'être en capacité de **comprendre les signes** devant amener à reconsulter précocement

Anticoagulation

Une anticoagulation est préconisée initialement chez tous les patients en FA. *Au long cours le risque thrombo-embolique sera ré-évaluer selon CHADS-VA*

Les **contre-indications ABSOLUES** à l'anticoagulation doivent être recherchées (ex : risque saignement intracrânien). En dehors de ces situations**, le risque thromboembolique ou ischémique surpasse bien souvent le risque hémorragique**

Chez les patients polypathologiques à risque hémorragique, discussion multidisciplinaire nécessaire pour déterminer la meilleure stratégie d'anticoagulation

- AOD de préférence **APIXABAN** ou **RIVAROXABAN** ou **DABIGATRAN**

=> posologie selon âge et fonction rénale

- AVK si valve mécanique ou sténose mitrale modérée à sévère ou Cl <15ml/min
WARFARIN ou **FLUINDIONE**

=> à adapter selon INR, valeur cible selon indication

- **HNF** si clairance rénale < 15 ml/min et CI AVK ou risque hémorragique élevé

Contrôle de la FC

La stratégie de contrôle de la fréquence cardiaque est permissive avec un objectif de fréquence inférieure à 110 bpm

ß-Bloquant ß1 sélectif

BISOPROLOL : 2,5 mg/12h PO

ATENOLOL : 5 mg IVL sur 5 min à renouveler une fois après 15 min si besoin

Calcium-Bloqueurs

VERAPAMIL : 40 mg x 3/j PO

Ou DILTIAZEM : 0,25 mg/Kg IVL sur 5 min

Digitalique

DIGOXINE : 0,125 mg à 0,25 mg/j PO / bolus 0,5 mg IV (puis 0,75 à 1,5 mg/24h en trois prises)

ATTENTION : Pas d'association ß-bloquants et Calcium-bloqueurs

Contrôle du rythme cardiaque

Chez les patients faisant l'objet d'une découverte de FA, après mise en route de l'anticoagulation, chez qui la fréquence cardiaque est contrôlée, et qui ne présentent pas de retentissement clinique, il est **licite de ne pas introduire d'antiarythmique et d'adopter une attitude expectative**

La cardioversion médicamenteuse ne s'envisagera **qu'en cas de mauvaise tolérance clinique** et sans signes d'instabilité HD

Cardioversion médicamenteuse uniquement si : documentation de l'absence de thrombus dans l'OG par technique dédiée, démarrage certain de la FA < 24h ET CHADSVA < 1, anticoagulation curative efficace depuis au moins 3 semaines

AMIODARONE :

Stratégie de cardioversion : dose de charge 300 mg IVL/30 min ou 200 mg x 3/j PO (max 7j)

Stratégie contrôle du rythme : 200 mg/j PO

FLECAINIDE :

Stratégie de cardioversion : dose de charge 200-300 mg PO ou 1 à 2 mg/Kg/10 min IVL

Non indiqué pour flutter

Sous surveillance scopée ; répéter ECG, stop si élargissement QRS > 25%

Ajouter BISOPROLOL 1,25 mg PO (limite risque de passage en flutter 1/1)

Stratégie contrôle du rythme : 50 à 150 mg LP /j PO

Cardioversion Electrique en Urgence

La cardioversion électrique en urgence est indiquée pour les patients présentant des **signes d'instabilité hémodynamique** se traduisant par des signes de **bas débit et une hypotension artérielle**.

Chez les patients en FA et en OAP, la cardioversion électrique n'est probablement pas la stratégie à envisager en première intention.

Sédation Procédurale

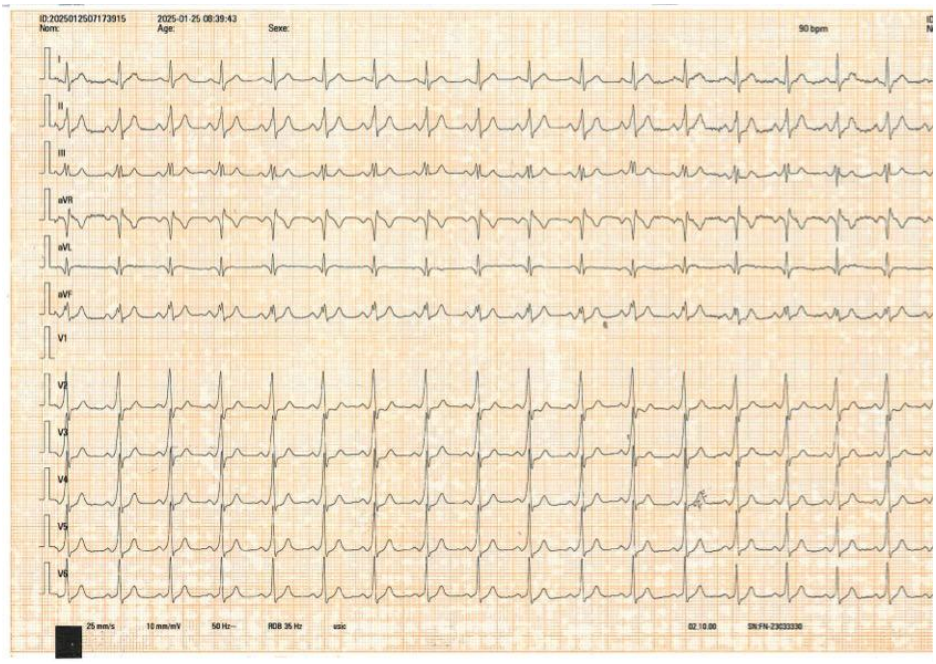
Propofol ou Kétamine ou Etomidate => posologie adaptée au patient

Cardioversion

Patchs positionnés en antéro-post (à préférer si besoin d'un électro-entrainement)

Choc Electrique externe BiPhasique 120-200J synchrone

Anticoagulation : HNF



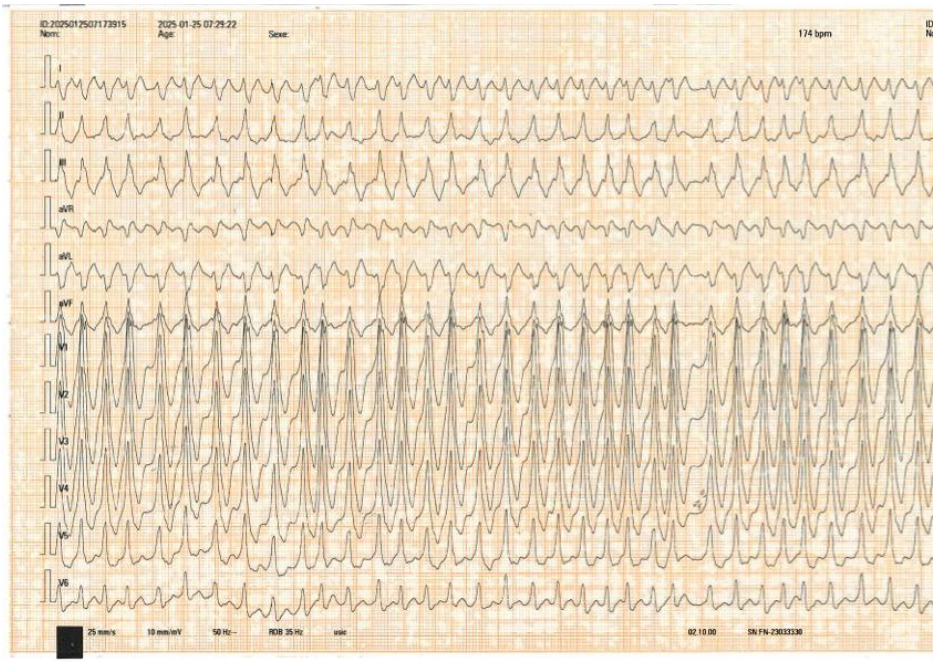
L'ECG en rythme sinusal montre des signes caractéristiques d'une **pré excitation ventriculaire** :

1/ **Onde delta** : Déformation initiale du QRS, correspondant à l'activation ventriculaire précoce par le faisceau accessoire.

2/ **Intervalle PR court** (< 120 ms) : Car la conduction contourne le NAV et active le ventricule plus rapidement.

3/ **QRS large** (> 120 ms) : Car il y a une fusion entre l'activation via le faisceau accessoire et la conduction normale.

4/ **Modification** secondaire du **segment ST et de l'onde T** : Due à l'activation ventriculaire anormale.



Fibrillation atriale (FA) avec conduction rapide sur faisceau accessoire, l'ECG montre :

1/ QRS très irréguliers et polymorphes (car la conduction via le faisceau accessoire varie en fonction des dépolarisations auriculaires).

2/ Absence d'ondes P discernables.

3/ Fréquence ventriculaire très rapide (150-200 bpm).

!! Risque de dégénérescence en fibrillation ventriculaire !!