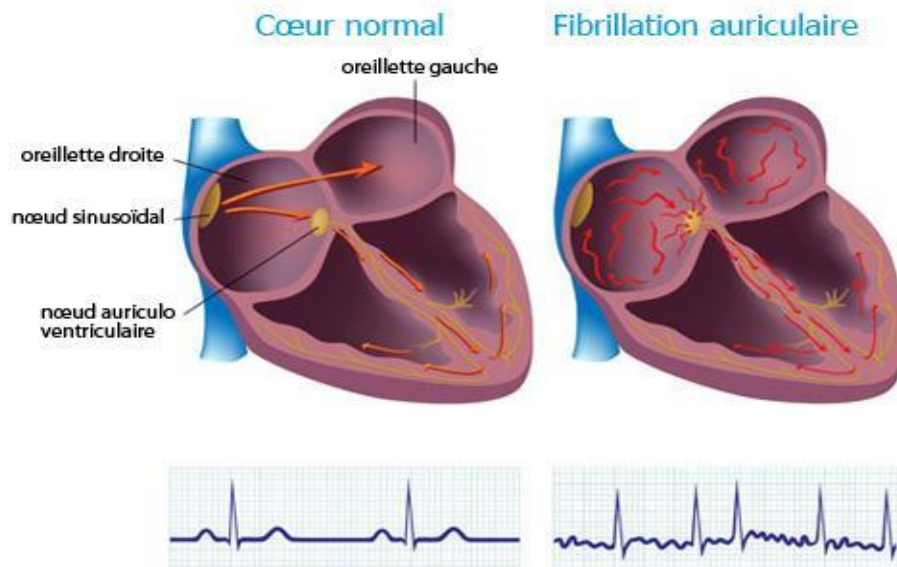


La fibrillation auriculaire (FA)

La FA est l'arythmie la plus fréquente, soit de 1-2% dans la population générale. La prévalence augmente avec l'âge (1% < 60 ans et > 5% après 75 ans). Il est capital d'objectiver cette arythmie, dépister les symptômes liés à la FA (EHRA class I-IV) et lutter contre le risque de complications, parfois dramatiques.



La **présentation clinique** est très hétérogène, dépendant de l'affection cardio-pulmonaire sous-jacente (fatigue, dyspnée, palpitations, angor, malaises, ...); elle est souvent silencieuse, donc dangereuse vu les complications nombreuses.

Les causes (ou facteurs favorisants) sont l'hypertension artérielle, toutes les cardiopathies dont les congénitales (communication interauriculaire), une insuffisance cardiaque, les valvulopathies, une chirurgie cardiaque, des problèmes de thyroïde, l'excès pondéral, le diabète, les affections pulmonaires (embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive), l'insuffisance rénale, l'éthylisme aigu ou chronique, ...

Le cardiologue devra exclure d'office les principales causes traitables :

- Ischémie myocardique : coronarographie avec dilatation coronaire ou chirurgie
- Hypertension artérielle ... prévoir MAPA avec ajustement thérapeutique
- Hyperthyroïdie : contrôle biologique et antithyroïdiens (voir endocrinologue)
- Excès pondéral (chez 25% des patients en FA) et syndrome d'apnée du sommeil

Physiopathologie : La FA est une maladie évolutive au cours du temps (FA paroxystique, persistante, puis permanente) ... le traitement sera donc différent à chaque stade (à discuter).

- Au départ de la maladie, ce sont des **foyers d'extrasystoles auriculaires** au niveau des veines pulmonaires (allumettes) qui déclenchent et perpétuent les accès de FA
- Par la suite, il existe une **atteinte des oreillettes avec remodelage pathologique** : atteinte cellulaire maintenant l'arythmie (multiples circuits), majoration du tissu conjonctif, augmentation de la taille des oreillettes et fibrose avec atteinte de la contractilité auriculaire

Les complications par rapport à une population normale sont les suivantes :

1. **Mortalité** x2 indépendamment du risque de comorbidité cardiovasculaire. Une mort subite est possible en cas de FEVG basse ou de cardiomyopathie hypertrophique
2. **Hospitalisation** x2-3 ; la FA est l'arythmie la plus exposée à une hospitalisation
3. **AVC** (accident vasculaire cérébral) x4-5 ... entraînant décès et instabilité fonctionnelle + des troubles cognitifs majeurs (micro-embolies découverts au CT-Scan ou à l'IRM) ; l'AVC secondaire à la FA est plus grave que l'AVC thrombotique sans FA.
 - L'incidence de 1-2 %/an augmente avec l'âge et la présence d'autres facteurs tels l'HTA, le diabète, la décompensation cardiaque, les antécédents d'AVC. L'absence de cardiopathie sous-jacente (« Lone AF ») est à faible risque (< 2%/ an).
 - Evaluation du risque avec les scores « CHADS₂ » ou « CHA₂DS₂-VASc »
4. **Insuffisance cardiaque** x3.5. Une diminution du débit cardiaque de 15-20% est la conséquence d'une perte de la contraction des oreillettes et d'un remplissage ventriculaire inadéquat vu la rapidité du rythme. La cardiomyopathie (ou maladie du muscle cardiaque induite par la FA) est considérée comme une complication de la FA non traitée, est le plus souvent réversible après remise en RS ou contrôle de la fréquence cardiaque
5. **Réduction de qualité de vie** (QOL) vu les symptômes nombreux : fatigue, palpitation, dyspnée, diminution de tolérance à l'effort,

Le traitement comprend

1. Un suivi régulier chez votre médecin traitant et chez un cardiologue
2. Une anticoagulation efficace (Sintrom® ou autre antivitamine K, ou un nouvel anticoagulant (NOAC) : Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®)
3. Une stratégie du long-terme
 - Soit la stratégie « contrôle de la fréquence cardiaque » : ... dans ce cas la FA est laissée permanente (FA chronique)
 - Soit la stratégie « contrôle du rythme » ... où tout est tenté pour maintenir un rythme sinusal normal avec
 - Antiarythmiques (pex. Tambocor®, Cordarone®, Sotalex®, ...)
 - Ablation ou déconnexion des veines pulmonaires (voir brochure)
4. Un traitement de la cause est évidemment important, de même qu'une meilleure hygiène de vie (arrêt du tabac, contrôle du poids, éviter de manger trop de graisses ou trop salé, faire de l'exercice, ...)

Le but du traitement de la FA est global (avec l'anticoagulation) = *diminution des symptômes, améliorer la qualité de vie, réduire les hospitalisations, éliminer les AVC* et les épisodes de décompensation cardiaque (tachycardiomyopathie), *retarder le décès*. Une prévention (primaire) de la FA est de ce fait également capital : surveillance TA, diabète, cardiopathie,

Une brochure destinée aux médecins traitants a été réalisée par l'équipe de Jolimont et des médecins de la région. Il est possible de se procurer un exemplaire sur simple demande.