

ABSTRACT – EVALUATION ECHOCARDIOGRAPHIQUE DU RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE DE LA FA

(Dr JM PORTE – Beyrouth - décembre 2003)

La fibrillation auriculaire (FA) constitue un réel problème de santé publique par sa fréquence qui augmente avec le vieillissement de la population, par la morbidité et la surmortalité qu'elle induit (mortalité cardiovasculaire multipliée par 2 à 3).

Le risque thrombo-embolique (TE) lié à la FA est singulier :

- Il est inhomogène, dépendant de l'existence ou non d'une cardiopathie sous jacente notamment valvulaire, de l'âge du patient, de l'ancienneté d'installation de la FA.
- Il est de mauvais pronostic, les AVC cardio-emboliques liés à la FA ayant un pronostic aggravé par rapport aux AVC athéromateux.

L'efficacité du traitement anti-aggrégant plaquettaire est limitée. Le traitement anticoagulant réduit considérablement le risque TE mais au prix d'un risque hémorragique qui lui même dépend de l'âge du patient et du niveau d'anticoagulation.

Il apparaît donc essentiel de pouvoir stratifier le risque TE pour chaque patient afin d'optimiser sa prise en charge thérapeutique.

Stratification du risque TE : 3 grands groupes de facteurs permettent cette stratification :

- *existence d'une cardiopathie sous jacente* : FA « valvulaire » : risque TE x 17 ; FA « non valvulaire » : risque TE x 5.6.
- *facteurs cliniques* : âge > 75 ans ; HTA ; Insuffisance cardiaque ; antécédents TE ; (femme ; diabète ; coronaropathie ; FEVG < 35% ; hyperthyroïdie).
- *facteurs échocardiographiques* : taille de l'oreillette gauche (OG) ; thrombus OG ; contraste spontané intra-OG ; activité mécanique de l'auricule gauche ; présence de plaques athéromateuses aortiques.

Conséquences thérapeutiques :

- Restitution du rythme sinusal par cardioversion guidée par l'échocardiographie trans-oesophagienne (ETO) : chez les patients en FA depuis plus de 48 heures jusque là non ou mal anticoagulés, la vacuité de l'OG en ETO permet la réalisation d'une cardioversion sous couvert d'une anticoagulation efficace au cours et au décours du choc électrique, sans augmentation du risque TE et avec une réduction des complications hémorragiques du fait d'une anticoagulation de plus courte durée par rapport à la stratégie classique (ACUTE). Chez ces patients, l'existence de facteurs échocardiographiques de risque TE accru pourrait être un élément à prendre en compte en faveur d'une durée plus prolongée du traitement anticoagulant (> 4 semaines post-cardioversion), mais cette attitude n'a à ce jour pas été validée par des essais cliniques.

- La stratégie thérapeutique dans la FA, définie à partir de l'existence ou non d'une valvulopathie et des critères cliniques de risque TE, a été validée par de multiples essais:
¾ Chez les patients à faible risque TE (âge < 60 ans, FA non valvulaire, aucun facteur clinique de risque TE), un simple traitement anti-aggrégant plaquettaire est recommandé.

¾ Chez les patients à risque TE élevé (FA valvulaire, un ou plusieurs facteurs cliniques de risque TE), un traitement anti-coagulant (INR 2 – 3) est recommandé.

¾ Chez les patients à risque TE intermédiaire (60 - 75 ans, FA non valvulaire, aucun facteur clinique de risque TE), la présence de critères échocardiographiques en faveur d'un risque TE accru est probablement un élément à prendre en compte en faveur du traitement anticoagulant plutôt que du traitement anti-aggrégant plaquettaire, mais cette attitude n'a à ce jour pas été validée par des études cliniques.