

# Fibrillation auriculaire

Très fréquente, sournoise, tout sauf bénigne, génératrice de handicap et coûteuse sont probablement les qualificatifs les plus appropriés pour caractériser la fibrillation auriculaire, que l'on appelle aussi parfois la fibrillation atriale (FA) et qui se manifeste par accès intermittents avec retour intermédiaire à un rythme cardiaque normal (FA paroxystique persistante) ou de façon continue (FA permanente).

**A** l'état normal, le cœur se contracte de façon rythmique régulière environ 70 fois par minute au repos de façon à faire circuler le sang vers les poumons et le reste du corps.

La FA correspond à un emballement du cœur qui se met à battre de manière totalement irrégulière. Cet emballement irrégulier du cœur est lié à une contraction non coordonnée des cellules cardiaques des oreillettes qui a deux conséquences majeures :

- ▶ Conséquences hémodynamiques liées à l'apparition de contractions rapides, irrégulières et surtout peu efficaces des oreillettes et par voie de conséquence un mauvais remplissage et un fonctionnement non optimal des ventricules.
- ▶ Risque embolique lié aux perturbations de la circulation sanguine. Pendant la FA le sang est moins remué dans les oreillettes, et est mal évacué vers les ventricules et cette stagnation dans les oreillettes favorise le développement de caillots qui risquent d'être évacués vers les ventricules et se retrouver ensuite dans la circulation périphérique et en particulier dans les artères qui irriguent le cerveau.

## Fréquente

La FA fait partie des affections regroupées sous le vocable d'arythmies cardiaques et c'est le trouble du rythme le plus fréquent. En Europe, on estime que cette affection concerne déjà quelque 4,5 millions d'individus et cela devrait croître avec le vieillissement de la population, car elle touche avec prédilection les sujets âgés (65 ans et au-delà). Par rapport à un sujet de 40 ans, le risque d'apparition d'une FA est 20 fois plus élevé chez un sujet de 80 ans. Pour chacun d'entre nous, homme comme femme, la probabilité d'avoir une FA au cours de notre vie entière est de l'ordre de 25 %, indépendamment de notre âge présent.

## Sournoise

On ne sent pas battre son cœur lorsqu'il bat de façon régulière et à une fréquence normale. En revanche, il se rappelle à notre bon souvenir lorsqu'il bat de façon anormale, par exemple en cas de stress, d'énerverment, d'accès d'anxiété ou d'effort

physique intense. En cas de FA, le cœur bat toujours de façon irrégulière et souvent de façon plus rapide, ce qui peut être à l'origine de palpitations, d'essoufflement à l'effort, mais aussi au repos, de douleurs thoraciques, de tendances syncopales, de sensations de vertiges, de fatigue disproportionnée par rapport aux activités, qui sont autant de signaux d'alerte et d'incitations à consulter. Cependant, chez une personne sur 3 environ, la FA n'entraîne aucune manifestation clinique (forme asymptomatique) et cette absence sournoise de symptôme fait courir le risque d'une détection tardive, ce qui augmente le risque de complications.



## Grave et handicapante

Contrairement à l'idée de bénignité qui a longtemps prévalu, nous savons aujourd'hui que la FA est associée à une surmortalité et à diverses complications cardiovasculaires -accident vasculaire cérébral (AVC) et insuffisance cardiaque en particulier- qui frappent également les deux sexes et se rencontrent aussi bien en cas de FA paroxystique ou persistante qu'en cas de FA permanente.

Le risque d'AVC est directement lié aux battements cardiaques irréguliers qui favorisent le développement de caillots dans l'oreillette gauche où le sang stagne et, à la faveur d'un battement, ces caillots peuvent être expédiés dans la circulation générale et aller obstruer une des artères de l'organisme. Les conséquences sont évidemment les plus graves quand il s'agit d'une artère censée apporter du sang au cerveau. Globalement on estime qu'un AVC sur 6 est en rapport avec une FA et l'existence d'une FA multiplie par 5 le risque d'AVC, ce qui en fait un facteur de risque indépendant que l'on saurait d'autant moins négliger qu'il existe aussi en cas de FA asymptomatique.

À noter encore que le handicap lié à la FA ne se limite pas au risque d'AVC et à

ses conséquences. Même non compliquées, les formes symptomatiques de FA ont un retentissement important sur la qualité de vie.

## Coûteuse

On l'aura compris à la lecture de ce qui précède, tout cela concourt à d'importantes dépenses de santé supportées par les malades et les organismes de protection sociale. Les frais occasionnés par la FA sont évalués pour l'Europe à 25 milliards d'euros par an dont plus des deux tiers sont en rapport avec d'une part les nouvelles techniques destinées à traiter les anomalies anatomiques qui sont à l'origine de certaines FA et avec les hospitalisations liées à ces interventions, mais surtout avec la prise en charge des complications liées à la migration des caillots hors du cœur, AVC en particulier.

## Diagnostic et facteurs de risque

L'électrocardiogramme est le maître examen pour différencier les troubles du rythme cardiaque et c'est lui qui va affirmer l'existence d'une FA. Cependant le simple contrôle de la fréquence et de la régularité des battements cardiaques permet déjà de soupçonner une FA.

Si tout le monde est susceptible de développer une FA au cours de son existence, il est tout à fait clair que le risque augmente avec l'âge et lorsque l'individu présente certaines caractéristiques comme une hypertension artérielle (même si elle est traitée), un diabète, une insuffisance cardiaque ou encore des antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus.

Les sujets pratiquant des sports d'endurance (courses de fond, natation, cyclisme, aviron, ski de fond, ...) ont également un risque plus élevé.

## Approches du traitement de la FA

En dehors des cas où la FA était en relation avec une cause dûment identifiée (hyperthyroïdie, désordres électrolytiques tels qu'un surcroît de calcium ou un manque de potassium dans le sang, prise de certains médicaments, etc) à laquelle il était possible de remédier, le traitement de la FA a longtemps été confiné au contrôle du rythme et/ou de la fréquence cardiaque.

Cependant, ces dernières années ont vu l'avènement de nouveaux espoirs de restaurer un rythme cardiaque normal (les médecins parlent de rythme sinusal) de façon durable chez des patients souffrants de FA. Il s'agit de l'ablation par radiofréquence et de la stimulation cardiaque.

Il a été observé que la zone où les veines pulmonaires ramènent le sang vers l'oreillette gauche était fréquemment le point de départ de troubles du rythme

(foyers d'arythmie). Dans le cas où un repérage anatomique minutieux (mapping) a permis d'identifier cette zone comme foyer d'arythmie, l'ablation consiste à utiliser une sonde de radiofréquence pour la détruire ou l'isoler du reste du cœur et ainsi empêcher la FA.

Cette technique est complexe, délicate, non dénuée de risques et ne s'avère pas toujours curatrice du premier coup. Elle est à ce jour réservée à un nombre restreint de malades présentant certaines caractéristiques spécifiques.

Par contre, au stade actuel, l'utilisation de stimulateurs cardiaques pour la prise en charge de la FA reste un domaine de recherche. La technique consiste à stimuler de façon contrôlée la fréquence cardiaque en cas de détection d'une anomalie du

rythme dans l'espoir de "surpasser" l'arythmie (overdrive). Les résultats ne sont guère probants pour le moment et cette technique qui nécessite des stimulateurs cardiaques très sophistiqués n'est utilisée que lorsqu'il existe une indication autre de stimulation cardiaque et que le malade présente en plus des accès de FA.

En dépit de ces progrès, à ce jour et à juste titre, les recommandations en vigueur mettent l'accent sur la prévention de la formation et de la migration des caillots de sang par l'instauration d'un traitement anti-coagulant et préconisent le contrôle de la fréquence cardiaque par la prescription de médicaments qui ralentissent le cœur ou le contrôle du rythme cardiaque en ramenant le malade en rythme sinusal : cardioversion pharmacologique par médica-

ments anti-arythmiques ou cardioversion électrique par choc électrique externe.

Clairement le retour en rythme sinusal donne de bons résultats sur les plans symptomatique et psychologique, mais ce contrôle du rythme cardiaque n'est pas forcément durable et l'ensemble des données indique en revanche que la prescription de certains anti-arythmiques est associée à un surcroît de risque de mortalité qui diminue singulièrement l'impact positif lié à la diminution des récidives. Aucune étude comparant l'impact du contrôle du rythme et du contrôle de la fréquence n'a réussi à démontrer la supériorité d'une approche sur l'autre en termes de mortalité globale ou même cardiovasculaire.