



■ Questions pratiques en cas de fibrillation auriculaire

1. Comment se rend-on compte que l'on a de la fibrillation auriculaire ?
2. Que faire lorsque l'on pense que l'on est en fibrillation auriculaire ?
3. Que faire lorsque l'on a fait un accès de fibrillation auriculaire dans le passé ?
4. Faut-il à tout prix vouloir rétablir un rythme normal lorsque de la fibrillation est apparue ou est installée depuis un certain temps ?
5. Quels sont les médicaments à éviter lorsque l'on est traité pour de la fibrillation auriculaire ?
6. Comment doit-on prendre un anti-coagulant ?

Introduction

La fibrillation auriculaire est l'arythmie la plus fréquente et tend à devenir de plus en plus fréquente, à cause de la moyenne d'âge croissante de la population et aussi parce que les maladies cardiaques sont mieux traitées, ce qui permet de maintenir en vie de nombreuses personnes qui, il y a 10 à 20 ans, seraient décédées.

La fibrillation auriculaire est en effet le plus souvent la conséquence du vieillissement du cœur, de son affaiblissement (insuffisance cardiaque), de son irrigation insuffisante (insuffisance coronaire) ou encore du mauvais fonctionnement des valves, en particulier la valve mitrale.

Autrefois, considérée comme bénigne et irréversible, elle est actuellement mieux connue, et l'on sait qu'elle est souvent responsable d'une **altération de la qualité de vie et qu'elle est associée à une réduction de la longévité**. L'on s'attache de mieux en mieux à en combattre les conséquences néfastes et à en prévenir de manière durable sa récurrence. A ce sujet, des études récentes ont montré des nouvelles voies de prévention : la lutte contre l'obésité et les apnées du

sommeil, l'alimentation mieux équilibrée en acides gras Oméga 3, l'utilisation de molécules médicamenteuses de prévention cardiovasculaire comme les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (Sartans), les statines, sont une série de pistes nouvelles et prometteuses pour éviter la survenue et la récurrence de fibrillation auriculaire.

La fibrillation auriculaire n'est cependant pas aussi grave et ne doit pas être confondue avec la fibrillation ventriculaire, qui elle est mortelle si elle n'est pas traitée dans les quelques minutes qui suivent son apparition. La fibrillation auriculaire ne se transforme pratiquement jamais en fibrillation ventriculaire, sauf dans des cas très rares (syndrome de Wolf-Parkinson-White).

La fibrillation auriculaire peut présenter deux conséquences importantes : l'absence de contraction synchronisée des cellules myocardiques entraîne en quelque sorte l'arrêt de l'activité mécanique des oreillettes; il s'en suit une perte de l'action de la pompe secondaire et donc une moindre efficacité du cœur, avec difficulté au remplissage du ventricule gauche dont les parois sont épaissies et plus rigides, en cas d'hypertension artérielle et de sténose aortique, et aussi lorsque les parois sont plus rigides en cas d'irrigation insuffisante par insuffisance coronaire. Ce trouble se traduira par une fatigue plus rapide à l'effort et de l'essoufflement anormal.

L'autre conséquence, encore plus importante, de cette perte de contraction des oreillettes, est la stagnation du sang et la formation de petits **caillots (thrombose)** qui peuvent se déplacer, emportés par la circulation,

et finalement **bloquer** complètement une petite artériole, dont le territoire qu'elle alimente se retrouve **brutalement** privé d'oxygène et de substrats nutritifs; certaines cellules ne supportent absolument pas cette situation et meurent après quelques minutes, c'est le cas des cellules cérébrales. L'on comprend donc facilement les conséquences parfois dévastatrices de cette arythmie. Nous verrons que cette deuxième conséquence peut heureusement être efficacement combattue.

1. Comment se rend-on compte que l'on présente de la fibrillation auriculaire ?

Certaines personnes perçoivent très bien leur propres battements et en particulier des troubles du rythme, d'autres ne s'en rendent absolument pas compte.

En général, la fibrillation auriculaire donne l'impression d'un dérèglement total du rythme cardiaque c'est l'anarchie, la « grande folie du cœur », comme on l'appelait naguère; en France, les cardiologues ont l'habitude de parler d'« arythmie complète » lorsqu'il y a fibrillation auriculaire, ce qui est très explicite.

La fibrillation n'est pas toujours **permanente**: elle peut se présenter par épisodes, par crises de durée très variable, de quelques secondes à plusieurs heures: on parle alors de **fibrillation auriculaire paroxystique**. Les crises peuvent être très rares, mais aussi répétées, on parle alors de **fibrillation auriculaire récidivante, pouvant devenir persistante**.

La fibrillation peut chez certaines personnes, apparaître dans des conditions assez caractéristiques:

- au repos, au cours de la nuit, lorsque le rythme normal est lent (FA favorisée par le système vagal).

- à l'effort, lors d'un stress, d'une émotion (FA favorisée par le système adrénergique).
- après des abus de boissons alcoolisées.

A côté des sensations de palpitations anarchiques, souvent rapides, l'on peut se rendre compte de la présence de fibrillation auriculaire par la prise du pouls: en palpant une artère, l'on remarque que les pulsations sont d'intensité variable et séparées par des intervalles très différents. C'est souvent les accès de fibrillation récidivante qui sont les moins bien tolérés, par la sensation brutale d'un « dérèglement » interne parfois fort angoissant. Lorsque la fibrillation est devenue permanente, les sensations d'arythmie s'estompent puis disparaissent le plus souvent.

La fibrillation ne doit pas être confondue avec des extrasystoles, qui correspondent à des pulsations cardiaques survenant trop tôt, suivies d'un bref arrêt, donnant l'impression d'un « raté », d'un trou, d'une secousse, dans un rythme par ailleurs régulier.

2. Que faire lorsque l'on pense que l'on est en fibrillation auriculaire ?

Contactez son médecin de famille sans retard, c'est-à-dire le jour même de l'apparition de la fibrillation.

Pourquoi est-ce important de ne pas attendre ? Tout d'abord, parce que la fibrillation auriculaire peut parfois être déclenchée par une maladie grave et brutale du cœur, comme un infarctus ou une embolie pulmonaire. Bien qu'en général, l'infarctus se manifeste surtout par des douleurs dans la partie centrale du sternum, souvent intenses et prolongées, et que l'embolie pulmonaire est également souvent accompagnée de douleurs plus ou moins vives dans le thorax, ces deux affections graves peuvent parfois apparaître de manière silencieuse; elles doivent cependant être traitées de manière urgente.

Le plus souvent, la fibrillation apparaît sans qu'il n'y ait une affection cardiaque aiguë concomitante. Néanmoins il est important de ne pas attendre pour la raison suivante:

Il semble bien que la conséquence la plus dangereuse de la fibrillation, la formation de caillots de sang (thrombi) dans l'oreillette gauche, ne survienne qu'après 48h d'installation de la fibrillation. Ceci est vrai lorsque le

cœur est par ailleurs normal; néanmoins, si une maladie cardiaque sérieuse sous-jacente est présente, des caillots peuvent parfois se former très rapidement, en quelques heures. Ces caillots se forment parce que le sang stagne dans des recoins de l'oreillette, là où le flux est très ralenti. De plus, la paroi de l'oreillette en fibrillation se modifie, et sa couche cellulaire interne, en contact avec le sang perd ses propriétés normales.

Il est évident qu'il faut contacter immédiatement son médecin si l'on supporte mal cette fibrillation, qui peut provoquer une sensation désagréable de dérèglement cardiaque, de l'essoufflement, des vertiges, des gênes dans le thorax. Il est cependant rare que la fibrillation induise immédiatement un grave trouble du fonctionnement cardiaque, et l'on peut se permettre d'attendre quelques heures, la fibrillation pouvant disparaître par elle-même dans la moitié des cas, le même jour de son apparition. Il est cependant évident qu'il faut si possible contacter téléphoniquement son médecin traitant et éviter l'effort ou l'émotion.

3. Que faire lorsque l'on a fait un accès de fibrillation auriculaire dans le passé ?

Dans ce cas, l'on sait en principe reconnaître le problème si celui-ci avait été la cause de symptômes désagréables.

Cependant, certaines personnes ne se rendent absolument pas compte qu'elles présentent de la fibrillation. De plus, sous l'effet de certains médicaments pris pour éviter la récurrence (bêta-bloquants, antagonistes calciques, antiarythmiques, digitaux), la fibrillation peut être moins perceptible: ces médicaments ont en effet aussi tendance à diminuer le rythme des ventricules.

Comme la fibrillation auriculaire a une tendance à récidiver, il me paraît utile d'apprendre à reconnaître l'irrégularité du rythme, en palpant une artère accessible, ou la région du cœur. En quelques secondes, l'on peut assez facilement reconnaître que son propre pouls est régulier, aussi bien en intensité, qu'en rythme. Il ne me paraît donc pas exagéré de proposer aux personnes qui ont présenté de la fibrillation, de prendre leur propre pouls, chaque jour, pendant quelques secondes, par exemple le soir, au lit, dans le calme. Ainsi, si de la fibrilla-

tion s'était installée « silencieusement », elle serait repérée dans les 24 à 48h qui suivent son apparition, permettant de réagir rapidement.

4. Faut-il à tout prix vouloir rétablir un rythme normal lorsque de la fibrillation est apparue, ou est installée depuis un certain temps ?

Cette question a fait l'objet de nombreuses études ces dernières dix années, qui ont permis de mieux préciser la conduite à tenir. Les progrès dans la compréhension des mécanismes de la fibrillation et dans les techniques d'intervention au niveau des cellules cardiaques (**ablations** de « court-circuits ») vont certainement encore modifier l'attitude médicale dans les prochaines années.

Actuellement, l'on peut dire qu'il n'est pas indispensable de vouloir rétablir un rythme normal, chez des personnes de 65 ans et plus, pour autant qu'elles ne soient pas incommodées par l'arythmie, que le rythme moyen des ventricules soit « contrôlé », c'est-à-dire maintenu le plus souvent entre 60 et 80 au repos et entre 80 et 100 pour des efforts physiques modérés de la vie courante, et, condition essentielle, qu'une anticoagulation efficace (voir plus loin) soit prescrite s'il existe un risque thrombo-embolique plus important, ce qui est très souvent le cas au delà de 65 ans. Les comparaisons des deux attitudes possibles (restauration du rythme, répétée si nécessaire versus « simple » contrôle de la réponse ventriculaire) n'ont pas montré d'avantage en terme de survie ou de complication importante pour l'attitude consistant à vouloir rétablir et maintenir le rythme normal, par la cardioversion et la prise de médicaments antiarythmiques (voir plus loin).

Pour chaque patient individuel, il faudra donc décider de l'option qui lui conviendra le mieux, en termes de symptômes, de compliance et de tolérance aux médicaments.

5. Quels sont les médicaments à éviter lorsque l'on est traité pour de la fibrillation auriculaire ?

Le traitement de la fibrillation auriculaire, qu'elle soit permanente, récidivante, ou simplement paroxystique, fait appel à plusieurs familles de médicaments :

- d'une part des médicaments agissant sur la coagulation, soit en inhibant les plaquettes (**les antiplaquettaires**) (Aspirine®, Persantine®, Plavix®, Ticlid®, ...), soit en inhibant la formation de fibrine (**anticoagulants**) (Sintrom® ...).
- d'autre part des médicaments agissant sur le rythme, soit des **anti-arythmiques vrais**, sensés reconverter la fibrillation auriculaire en rythme normal (rythme sinusal) ou empêcher que la fibrillation auriculaire ne réapparaisse, soit des **médicaments « contrôlant » le rythme** des ventricules (la « réponse ventriculaire ») en essayant, qu'en moyenne, ceux-ci battent à un rythme proche du rythme normal, c'est-à-dire à environ 70-80 au repos, 80-100 pour un effort léger (marche en terrain plat), 100-120 pour un effort modéré (marche rapide, en terrain pentu), plus de 120 pour un effort plus intense.

Il est très courant qu'un patient reçoive à la fois un anticoagulant et un ou plusieurs médicaments agissant sur son rythme.

Tant l'anticoagulant que le médicament du rythme peuvent être « perturbés » par des médicaments supplémentaires, pris très temporairement, pour un problème autre: par exemple un antibiotique pour une infection, un anti-inflammatoire pour des douleurs, un anti-allergique, etc ...

Sachant que l'automédication est très répandue, il est **essentiel** que le patient demande toujours à son médecin traitant et/ou son cardiologue si un médicament autre peut être pris et si des précautions particulières doivent être suivies.

En particulier, il faut **absolument éviter**, en cas de prise d'anti-coagulant, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) y compris les plus récents (anticox 2).

De même, en cas de prise d'anti-arythmique comme le Sotalex®, le Tambocor®, l'Apocard®, le Rytmonorm®, la Cordarone®, il faut être très prudent lorsqu'un autre médicament non cardiologique est introduit, en particulier certains antiallergiques, certains antibiotiques et aussi la plupart des médicaments anti-dépresseurs. La prise abusive de diurétiques peut perturber le taux sanguin de potassium, ce qui peut également favoriser des arythmies graves, surtout si

l'on prend des médicaments anti-arythmiques; ceci peut paraître contradictoire, mais les médicaments qui agissent sur le rythme cardiaque peuvent, dans certaines circonstances, avoir des effets paradoxaux.

Il faut également éviter absolument tout médicament en vente libre ou toute substance à effet thérapeutique douteux, mais souvent vantée à grand renfort de publicité dans la presse ou la télévision; enfin, il faut insister sur une alimentation **équilibrée et variée** et stable sans restriction particulière, en dehors des aliments riches en graisses animales et sucres rapides.

6. Comment doit-on prendre un anticoagulant ?

La prise d'un médicament anticoagulant doit être très rigoureuse, c'est à dire, que la dose prévue doit être strictement respectée, que l'heure de la prise ne doit pas trop varier de jour en jour et qu'il faut éviter aussi bien l'oubli, que la double prise le même jour, ce que certaines personnes font lorsqu'elles ne savent plus si elles ont déjà pris leur comprimé !

Afin de minimiser les erreurs, il est très utile de prendre l'anticoagulant à un moment identique, et éventuellement de noter sur un agenda le nombre de comprimés effectivement pris. Il faut savoir que d'une personne à l'autre, la dose nécessaire peut être **très différente**: pour le Sintrom, certains patients ont besoin en moyenne d'1 mg/j, d'autres, de 6 à 7 mg/j ! Ceci est lié à des différences d'absorption et de métabolisation.

Il est important de savoir que l'effet de l'anticoagulant est tardif et prolongé: l'anticoagulant entre en compétition avec la vitamine K, nécessaire à la synthèse de plusieurs facteurs de coagulation.

En général, lorsqu'on commence un traitement, l'effet complet n'est obtenu qu'après 24 à 48h et à l'arrêt du traitement, la coagulation complète n'est rétablie qu'après 48 à 72h.

Plusieurs éléments extérieurs peuvent influencer l'effet des anticoagulants en particulier le type d'alimentation, mais aussi le degré d'activité, le climat...

Dés lors, il est conseillé d'adopter un genre de vie stable; lorsqu'un change-

ment d'habitude est indispensable, il est recommandé de réaliser rapidement (dans les 2 à 5 jours qui suivent) un contrôle sanguin du niveau de coagulation.

L'anticoagulation nécessite, pour être efficace — c'est à dire diminuer très fortement la tendance à la formation de petits caillots dans l'oreillette gauche -, et aussi pour ne pas faire courir de risque excessif de saignement interne, d'être ajustée à un taux précis.

Depuis quelques années, l'échelle d'ajustement de ce taux la plus fiable s'appelle l'INR (pour « international normalized ratio »).

Ce taux doit, sauf situation individuelle particulière, se situer entre 2 et 3.

Moins de 2 correspond à une anticoagulation insuffisante, plus de 3 correspond à une anticoagulation trop importante, le risque de saignement devenant réel et dépassant le bénéfice obtenu par la protection vis à vis des caillots.

Ce taux d'INR doit être régulièrement contrôlé, au moins 1x/mois, et dès que l'on suspecte que le niveau d'anticoagulation n'est plus correct: par exemple si l'on observe une tendance au saignement spontané (saignement du nez, saignement des gencives, ecchymose au moindre contact, sang dans les urines) et aussi si un changement d'habitude s'est produit: prise d'un médicament supplémentaire, arrêt d'un médicament, changement d'habitudes alimentaires, changement de climat, trouble de la digestion, diarrhées, vomissement , etc

Terminons avec une note d'espoir à propos des anticoagulants oraux : il est très probable que dans les prochaines années, nous disposerons de molécules aussi efficaces que les anticoagulants actuels, mais plus faciles d'utilisation, pouvant être pris à dose fixe et sans contrôle sanguin répétitif.