

LIGNES DIRECTRICES de la
Société canadienne de cardiologie
en matière de
FIBRILLATION AURICULAIRE



Société canadienne de cardiologie

Communauté. Connaissances. Leadership.

À propos de ce guide de poche

Ce guide de poche est un outil de consultation rapide qui offre des recommandations essentielles en matière de diagnostic et de traitement fondées sur les lignes directrices de la SCC en matière de fibrillation auriculaire (FA) de 2010, 2012, 2014, 2016 et 2018.

Ces recommandations visent à fournir une approche raisonnable et pratique au traitement de la FA pour les spécialistes et les professionnels de la santé. Elles sont susceptibles d'être modifiées selon les progrès technologiques et les connaissances scientifiques, et l'évolution de la pratique clinique et ne sauraient se substituer au jugement clinique. L'adhérence à ces recommandations ne produira pas nécessairement des résultats favorables dans tous les cas.

Les recommandations ci-incluses ont été élaborées à l'aide des normes GRADE, en s'appuyant sur les recommandations actuellement classifiées comme étant "Forte" ou "Faible" (auparavant "Forte" ou "Conditionnelle").

Pour un résumé mis à jour de toutes les recommandations en matière de FA de la SCC de 2010 jusqu'à la version mise à jour ciblée 2018 ou pour des ressources supplémentaires, veuillez visiter le www.ccs.ca.

Co-présidents

Jason G. Andrade, Laurent Macle, et Atul Verma.

Panel des lignes directrices de la SCC en matière de fibrillation auriculaire

Panel primaire : Clare Atzema, Alan Bell, John Cairns, Stuart Connolly, Jafna Cox, Paul Dorian, David Gladstone, Jeff S. Healey, Kori Leblanc, M. Sean McMurtry, L. Brent Mitchell, Girish M. Nair, Stanley Nattel, Ratika Parkash, Louise Pilote, Jean-Francois Sarrazin, Mike Sharma, Allan Skanes, Mario Talajic, Teresa Tsang, Subodh Verma, D. George Wyse.

Panel secondaire : David Bewick, Vidal Essebag, Peter Guerra, Milan Gupta, Brett Heilbron, Paul Khairy, Bob Kiaii, George Klein, Simon Kouz, Daniel Ngui, Pierre Page, Calum Redpath, Jan Surkes et Richard Whitlock.

Table des matières

Étiologie et investigation clinique	1
Facteurs de risque associés à la FA	4
Contrôle de la fréquence et du rythme	6
Contrôle de la fréquence et du rythme de la FA dans un contexte aigu	12
Traitement antiarythmique « pill-in-the-pocket »	13
Ablation par cathéter de la fibrillation et du flutter auriculaire	14
Prévention de l'AVC	15
« Algorithme de la SCC » (CHADS-65)	15
Posologie des anticoagulants oraux selon la fonction rénale	17
Antidotes pour les NACOs	18
Considérations particulières	19
Anticoagulation dans le contexte de FA et MCAS	19
Anticoagulation dans le contexte de cardioversion	25
Évaluation et prise en charge de FA subclinique	29

ANTÉCÉDENTS ET EXAMEN PHYSIQUE

- Caractériser le type clinique de FA (de novo, paroxystique, persistante ou permanente).
- Évaluer la sévérité (y compris l'effet sur la qualité de vie)
- Déterminer l'étiologie
- Détecter les causes réversibles (hyperthyroïdie, stimulation ventriculaire, tachycardie supraventriculaire, activité physique, etc.)
- Déterminer les facteurs de risque dont le traitement pourrait réduire les récurrences de FA ou améliorer le pronostic global (c.-à-d. hypertension artérielle, apnée du sommeil, dysfonction du ventricule gauche, etc.)
- Consigner les antécédents sociaux afin de cerner les déclencheurs potentiels (c.-à-d. alcool, exercices aérobiques intenses, etc.).
- Obtenir les antécédents familiaux afin de cerner les causes héréditaires potentielles de la FA (FA sur cœur sain)
- Évaluer le risque thromboembolique
- Déterminer le risque de saignement afin de guider le traitement antithrombotique ou antiplaquettaire
- Examiner le traitement pharmacologique antérieur de la FA (efficacité et effets indésirables)
- Mesurer la pression artérielle et la fréquence cardiaque
- Déterminer la taille et le poids du patient
- Faire un examen cardiaque complet, évaluer la pression veineuse jugulaire et prendre le pouls carotidien et les pouls périphériques afin de détecter la présence d'une cardiopathie structurelle

ÉLECTROCARDIOGRAMME À 12 DÉRIVATIONS

- Établir le diagnostic de FA
- Évaluer la présence de cardiopathie structurelle (infarctus du myocarde, hypertrophie ventriculaire, hypertrophie auriculaire, cardiopathie congénitale) ou électrique (préexcitation ventriculaire, syndrome de Brugada)
- Déterminer les facteurs de risque de complications du traitement pharmacologique (trouble de la conduction, dysfonction du nœud sino-auriculaire ou anomalies de la repolarisation)
- Documenter les intervalles PR, QRS et QT de base

ÉCHOCARDIOGRAMME

- Évaluer la taille et la fonction ventriculaire ainsi que l'épaisseur des parois
- Évaluer la taille de l'oreillette gauche (et si possible son volume)
- Exclure les cardiopathies valvulaires ou congénitales significatives (plus particulièrement les communications interauriculaires)
- Estimer les pressions de remplissage des ventricules et la pression artérielle pulmonaire

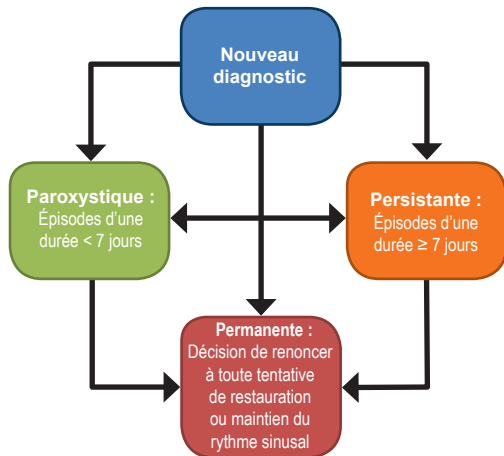
ÉPREUVES DE LABORATOIRE

- Formule sanguine complète
- Profil de coagulation
- Fonction rénale
- Fonctions thyroïdienne et hépatique
- Profil lipidique à jeun
- Glycémie à jeun

Investigations supplémentaires pour des patients sélectionnés

Test	Utilité potentielle
Radiographie pulmonaire	Exclure les maladies pulmonaires et l'insuffisance cardiaque concomitante Examen de base pour les patients sous traitement à l'amiodarone.
Électrocardiographie ambulatoire (Moniteur Holter, moniteur d'événements ou moniteur de surveillance ambulatoire)	Documenter la FA, exclure les autres diagnostics possibles (tachycardie auriculaire, flutter auriculaire, tachycardie supraventriculaire, tachycardie ventriculaire), corrélation symptômes-rythme, évaluer le contrôle de la fréquence ventriculaire.
Épreuve d'effort	Épreuves laboratoires de patients présentant des symptômes de coronaropathie, évaluation du contrôle de la fréquence ventriculaire.
Échocardiographie transœsophagienne	Exclure la présence d'un thrombus de l'appendice auriculaire gauche, faciliter la cardioversion chez les patients ne recevant pas de traitement anticoagulant, évaluation plus approfondie d'une cardiopathie structurelle (valvulopathie mitrale, communication interauriculaire, etc.).
Étude électrophysiologique	Pour les patients avec une tachycardie supraventriculaire régulière documentée (ex. tachycardie auriculaire, tachycardie par réentrée nodale, tachycardie supra-ventriculaire, flutter auriculaire) pouvant être traitée par une ablation par cathéter.
Calcium et magnésium sériques	Dans les cas où l'on soupçonne une déficience (ex. utilisation d'un diurétique, pertes gastro-intestinales) qui pourrait avoir un effet sur le traitement (ex. le sotalol).
Étude du sommeil (oxymétrie ambulatoire ou polysomnographie)	Pour les patients avec des symptômes d'apnée du sommeil ou certains patients avec insuffisance cardiaque symptomatique avancée.
Surveillance ambulatoire de la pression artérielle	Pour les cas d'hypertension labile ou pour évaluer le contrôle de la pression artérielle.
Test génétique	Pour les rares cas de FA vraisemblablement familiale (particulièrement si elle débute à un jeune âge) ou en présence de troubles de la conduction, de syndrome de Brugada ou de cardiomyopathie.

Classification de la fibrillation auriculaire



Échelle SAF*

Score SAF	Effet sur la QV**
Classe 0	Asymptomatique
1	Effet minimal sur la QV
2	Effet mineur sur la QV
3	Effet modéré sur la QV
4	Effet important sur la QV

*Dorian P, Cvitkovic SS, Kerr CR; et al. *Can J Cardiol.* 2006; 22(5):383-386

** QV = Qualité de vie

Marqueurs de risque et co-morbidités associés à la FA

Facteurs de risque traditionnels	Facteurs de risque émergents	Facteurs de risque potentiels
<ul style="list-style-type: none">• Âge avancé• Sexe masculin• Hypertension• IC à fraction d'éjection réduite• Valvulopathie• Dysthyroïdie• Apnée du sommeil	<ul style="list-style-type: none">• Maladie pulmonaire obstructive chronique• Consommation d'alcool excessive• Pré-hypertension• Augmentation de la tension différentielle• IC à fraction d'éjection préservée• Cardiopathie congénitale• Hyperthyroïdie subclinique• Obésité• Coronaropathie• Facteurs morphométrique (grande taille, poids à la naissance élevé)• Exercice d'endurance excessif	<ul style="list-style-type: none">• Facteurs familiaux / génétiques• Tabagisme• Facteurs échocardiographiques (dilatation auriculaire gauche, hypertrophie du ventricule gauche)• Inflammation• Diabète• Présence de graisse péricardique• Athérosclérose subclinique• Facteurs électrocardiographiques (délai de conduction intraauriculaire, allongement de l'intervalle PR)• Néphropathie chronique

Prise en charge des facteurs de risque modifiables afin de réduire les événements cardiovasculaires

- Nous recommandons l'adhérence aux lignes directrices de prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires modifiables traditionnels ou des affections associées à la FA pour réduire les événements cardiovasculaires (ex. : AVC, IM, etc.) (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

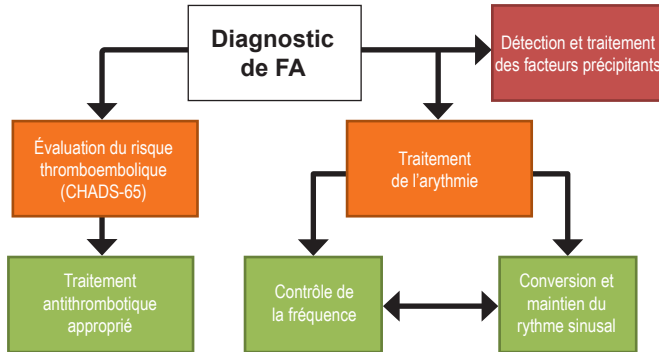
Valeurs et préférences : Cette recommandation accorde une grande valeur à une approche systématique pour appliquer des traitements fondés sur les lignes directrices en présence de facteurs de risque cardiovasculaire ou d'affections associées à la FA.

Conseil pratique : La détection et la prise en charge optimale à la fois des facteurs de risque et des maladies concomitantes, jumelées au contrôle approprié de la fréquence et du rythme et à la prévention de l'AVC, peuvent contribuer à réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations liées à des événements cardiovasculaires. S'attaquer à de tels facteurs de risque de manière exhaustive et efficace pourrait mieux se faire au sein d'une clinique spécialisée ou dans le cadre d'une approche de prise en charge multidisciplinaire, et en fonction d'un protocole systématique standardisé.

Prise en charge des facteurs de risque modifiables afin de réduire le fardeau de la FA

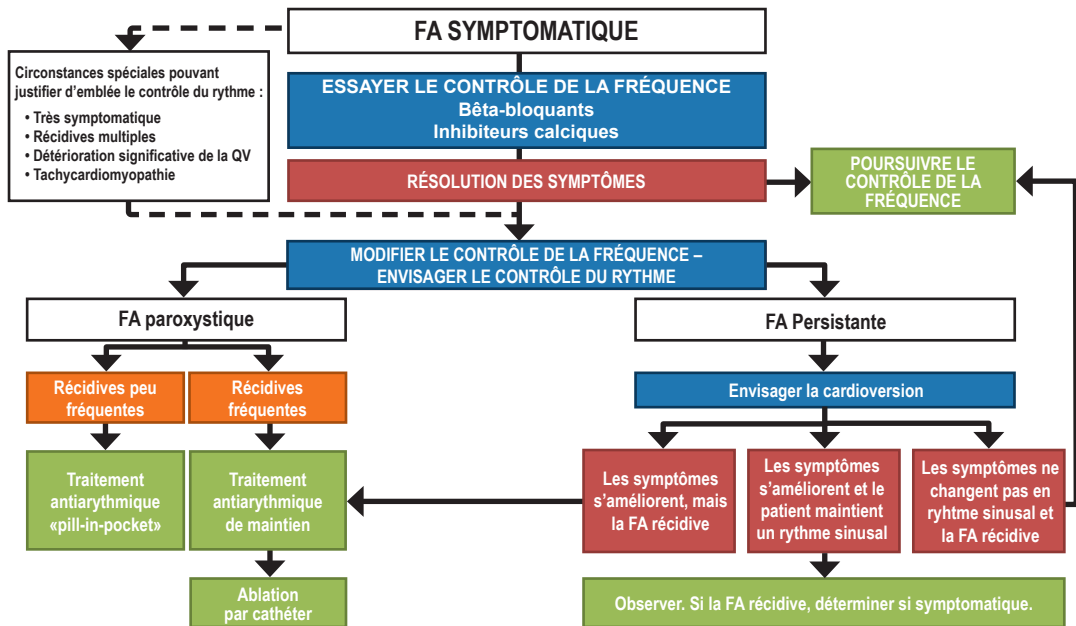
- Nous suggérons, en plus de prendre des mesures pour le contrôle de la fréquence et du rythme, une approche thérapeutique ciblant les facteurs de risque modifiables et les affections associées à la FA afin de prévenir les récurrences d'arythmie et/ou de diminuer le fardeau de la FA (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

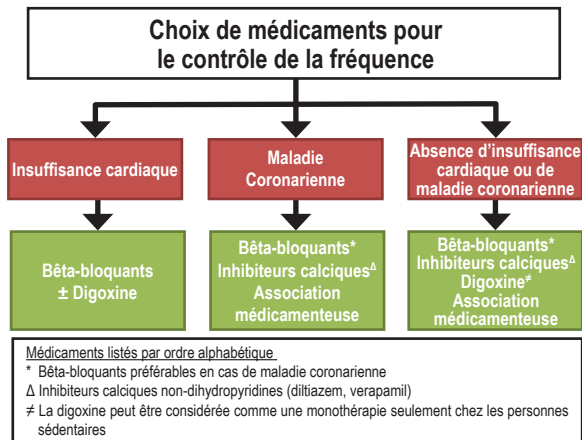
Valeurs et préférences : Le traitement agressif de l'obésité et des facteurs de risque cardiométaboliques et affections (tel l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'apnée du sommeil) peut réduire le fardeau de FA et améliorer la qualité de vie. Cette recommandation accorde une grande valeur à l'association reconnue entre les facteurs de risque potentiels et les affections aggravant la FA, et à la possibilité que leur traitement puisse mener à la prévention et/ou à la régression du substrat causant la FA, ainsi qu'à l'amélioration des symptômes du patient.



Objectifs principaux du traitement de la FA et du flutter

- Identifier et traiter la maladie cardiaque structurelle sous-jacente ainsi que les autres conditions prédisposantes
- Soulager les symptômes
- Améliorer la capacité fonctionnelle / qualité de vie
- Réduire la morbidité et la mortalité associées à la FA et au flutter
 - ✓ Prévenir la tachycardiomyopathie
 - ✓ Réduire ou prévenir les visites à l'urgence et les hospitalisations liées à une FA ou à un flutter
- Prévenir les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les événements thromboemboliques





- Nous suggérons que la digoxine soit envisagée comme possibilité thérapeutique pour arriver à contrôler la fréquence chez les patients atteints de FA présentant des symptômes causés par des fréquences ventriculaires rapides chez qui la réponse aux bêtabloquants ou aux inhibiteurs calciques est inadéquate, ou chez qui les médicaments de contrôle de la fréquence sont contre-indiqués ou non tolérés (*Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée*).

Bêta-bloquants

Médicament	Dose	Effets indésirables possibles
Atenolol	50 à 150 mg po die	Bradycardie, hypotension, fatigue, dépression, bronchospasme
Bisoprolol	2,5 à 10 mg po die	Comme pour l'atenolol
Metoprolol	25 à 200 mg po bid	Comme pour l'atenolol
Nadolol	20 à 160 mg po die - bid	Comme pour l'atenolol
Propranolol	80 à 240 mg po bid - tid	Comme pour l'atenolol

Inhibiteurs calciques

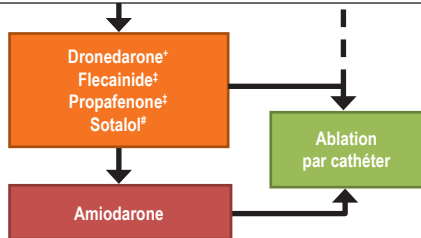
Médicament	Dose	Effets indésirables possibles
Verapamil	240 à 480 mg/jour po en doses fractionnées tid-qid (de courte durée) 120 à 320 mg po die (de longue durée)	Bradycardie, hypotension, constipation
Diltiazem	180 à 360 mg/jour po en doses fractionnées tid-qid (de courte durée) 120 à 320 mg po die (de longue durée)	Bradycardie, hypotension, œdème des chevilles

Digoxine

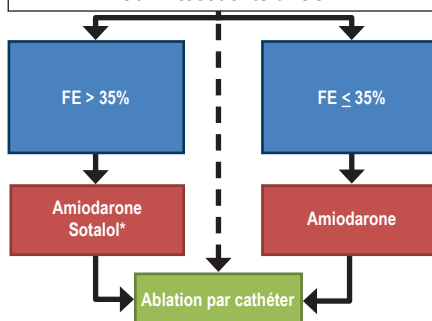
Médicament	Dose	Effets indésirables possibles
Digoxine	0,0625 mg à 0,25 mg po die	Bradycardie, nausées, vomissements, trouble visuels

Maintien du rythme sinusal – Vue d'ensemble

Options pour le maintien du rythme sinusal
Fonction systolique ventriculaire gauche normale
Pas d'antécédents d'ICC



Options pour le maintien du rythme sinusal
Dysfonction systolique du ventricule gauche
Ou Antécédents d'ICC



Médicaments listés par ordre alphabétique

- + La dronedarone doit être administrée avec prudence en combinaison avec la digoxine.
- ‡ Les agents de classe I doivent être ÉVITÉS dans les cas de maladie coronarienne, et être COMBINÉS avec des agents bloquant le nœud AV.
- # Le sotalol doit être administré avec prudence chez les patients à risque de torsades de pointes (particulièrement chez les femmes de plus de 65 ans qui prennent des diurétiques)

- * Le sotalol doit être administré avec prudence en présence d'une FE de 35 à 40 % et chez les patients à risque de torsades de pointes (particulièrement chez les femmes de plus de 65 ans qui prennent des diurétiques)

Médicament/ Dose	Efficacité	Toxicité	Commentaires
Flecainide 50 à 150 mg bid	30 à 50%	Tachycardie ventriculaire, Bradycardie, Réponse ventriculaire rapide en FA ou organisation en flutter auriculaire (conduction 1:1)	Contre-indiqué chez les patients souffrant d'une maladie coronarienne ou d'une dysfonction du VG À associer à un agent bloquant le nœud AV
Propafenone 150 à 300 mg tid	30 à 50%	Tachycardie ventriculaire, Bradycardie, Réponse ventriculaire rapide en FA ou organisation en flutter auriculaire (conduction 1:1), Dysgueusie	Contre-indiqué chez les patients souffrant d'une maladie coronarienne ou d'une dysfonction du VG À associer à un agent bloquant le nœud AV
Amiodarone 100 à 200 mg die (après dose de charge de 10 g)	60 à 70%	Photosensibilité, bradycardie, troubles digestifs, dysthyroïdie, toxicité hépatique, neuropathie, tremblements, toxicité pulmonaire, torsades de pointes (rare)	Faible risque de proarythmie Limitée par des effets secondaires systémiques La plupart des effets secondaires sont reliés à la dose ou à la durée.
Dronedarone 400 mg bid	40%	Troubles digestifs, Bradycardie, Toxicité hépatique	À ne pas administrer pour le contrôle de la fréquence ou du rythme, à des patients qui présentent des antécédents d'ICC ou une FEVG <40 % À administrer avec prudence lorsqu'en combinaison à la digoxine Surveillance des enzymes hépatique recommandée Expérience limitée en dehors des essais cliniques
Sotalol 80 à 160 mg bid	30 à 50%	Torsades de pointes, Bradycardie, Effets secondaires des bêta-bloquants	À éviter chez les patients ayant un risque élevé de torsades de pointes – particulièrement chez les femmes de plus de 65 ans prenant des diurétiques ou ayant une insuffisance rénale Il faut faire la surveillance de l'intervalle QT < 1 semaine après le début du traitement Utiliser avec prudence lorsque la FEVG < 40 %

Contrôle de la fréquence et du rythme de la FA dans un contexte aigu

Médicaments par voie intraveineuse recommandés pour le contrôle de la fréquence

Médicament	Dose	Risques
Métoprolol	2,5 à 5 mg bolus IV en 2 minutes; jusqu'à 3 doses	Hypotension, bradycardie
Diltiazem*	0,25 mg/kg IV en 2 min; répéter 0,35mg/kg IV à 15 min.	Hypotension, bradycardie
Verapamil*	0,075 à 0,15 mg/kg en 2 minutes	Hypotension, bradycardie, bronchospasme
Digoxine	0,25 mg IV chaque 2 h; jusqu'à 1,5 mg	Bradycardie, toxicité digitalique

* Les inhibiteurs calciques ne devraient pas être utilisés chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque ou de dysfonction ventriculaire gauche

Médicaments recommandés pour une cardioversion chimique

Médicament	Dose	Temps de conversion	Risques
Classe IA Procainamide	15 à 18 mg/kg IV pendant 30 à 60 minutes	~60 minutes	Hypotension, bradycardie Proarythmie ventriculaire
Classe IC Flécaïnide	300 mg PO (> 70 kg) 200 mg PO (≤ 70 kg)	2 à 6 heures	Hypotension Bradycardie et pauses de conversion Vitesse de conduction du flutter auriculaire 1:1*
Propafénone	600 mg PO (> 70 kg) 450 mg PO (≤ 70 kg)		
Classe III			
Ibutilide	1 mg IV en 10 minutes Peut être répété une fois	30 à 60 minutes	Allongement de l'intervalle QT, torsades de pointes** Hypotension
Amiodarone	150 mg bolus IV, puis 60 mg/h x 6 heures, puis 30 mg/h x 18 heures	8 à 12 heures	Hypotension Bradycardie, bloc atrioventriculaire Torsades de pointes Phlébite
Vernakalant	3 mg/kg IV en 10 minutes, suivi de 2 mg/kg IV si aucune conversion	12 à 30 minutes	Hypotension, bradycardie Tachycardie ventriculaire non soutenue***

*Les agents de classe IC (flécaïnide/propafénone) doivent être utilisés en combinaison avec des agents bloquant le nœud AV (bêta-bloquants ou inhibiteurs calciques) et devraient être évités chez les patients atteints d'une cardiopathie ischémique ou structurelle significative.

** Envisager un prétraitement de 1 à 4 g IV de MgSO₄. L'ibutilide devrait être évitée chez les patients présentant une hypokaliémie, un QT long au départ ou une cardiopathie structurelle significative.

*** Le vernakalant devrait être évité chez les patients présentant de l'hypotension, un SCA antérieur ou une cardiopathie structurelle significative.

Candidats appropriés pour un traitement « pill-in-the-pocket »

- 1) patients symptomatiques
- 2) épisodes de FA soutenus (ex. : ≥ 2 heures)
- 3) épisodes de FA < 1 fois/mois
- 4) absence de symptômes graves ou invalidants lors d'un épisode de FA (par ex. : syncope, douleur thoracique grave ou essoufflement)
- 5) capacité de respecter les directives et d'utiliser les médicaments de manière adéquate

Administration du traitement « pill-in-the-pocket »

Agents bloquant le nœud AV à libération immédiate (soit 60 mg de diltiazem, 80 mg de vérapamil ou 25 mg de tartrate de métoprolol) 30 minutes avant l'administration d'un médicament antiarythmique de classe IC (300 mg de flécaïnide ou 600 mg de propafénone si le poids est ≥ 70 kg; 200 mg de flécaïnide ou 450 mg de propafénone si le poids est < 70 kg)

Surveillance initiale du traitement « pill-in-the-pocket » à l'urgence

Surveillance par télémétrie pendant au moins 6 heures

Surveillance de la pression artérielle toutes les 30 minutes

Surveillance par ECG à 12 dérivations toutes les 2 heures

Déterminants de l'échec du traitement initial

- 1) Persistance de la FA > 6 heures après l'administration du traitement antiarythmique « pill-in-the-pocket » ou nécessité de cardioversion électrique.
- 2) Survenue d'événements indésirables, tel que: hypotension symptomatique (PA systolique ≤ 90 mm Hg), pauses de conversion symptomatiques (> 5 sec), bradycardie symptomatique à la suite de la restauration du rythme sinusal, pro-arythmie (conversion en flutter/tachycardie atriale, ou épisodes de tachycardie ventriculaire), symptômes graves (dyspnée, présyncope, syncope), ou augmentation de >50 % de la durée du QRS.

Contre-indication à un traitement « pill-in-the-pocket »

- 1) Cardiopathie structurelle importante (ex. : dysfonction systolique VG [FEVG < 50 %], cardiopathie ischémique active, HVG sévère)
- 2) Anomalies de conduction (ex.: durée e du QRS > 120 msec, intervalle PR > 200 msec; ou préexcitation)
- 3) ECG indiquant une dysfonction du nœud sino-auriculaire/bradycardie ou un bloc AV avancé
- 4) Hypotension (PA systolique < 100 mm Hg)
- 5) Intolérance antérieure à n'importe quel médicament antiarythmique « pill-in-the-pocket »

Directives d'utilisation subséquente du traitement « pill-in-the-pocket » en milieu extrahospitalier

- 1) Les patients doivent prendre un agent bloquant le nœud AV 30 minutes après la survenue de l'arythmie, suivi d'un médicament antiarythmique de classe IC 30 minutes après la prise de l'agent bloquant le nœud AV.
- 2) À la suite de l'administration du traitement antiarythmique « pill-in-the-pocket », les patients doivent demeurer en position assise ou couchée au cours des 4 heures suivantes ou jusqu'à résorption de l'épisode.
- 3) Les patients doivent se présenter à l'urgence dans les cas suivants :
 - a) l'épisode de FA ne s'est pas terminé au cours d'une période de 6 à 8 heures
 - b) le patient se sent malade après avoir pris le médicament à la maison (ex. : aggravation subjective de l'arythmie à la suite de l'administration d'un médicament antiarythmique, ou manifestation de nouveaux symptômes ou de symptômes graves, tels que dyspnée, présyncope ou syncope)
 - c) survenue de plus d'un épisode au cours d'une période de 24 heures (les patients ont été avisés de ne pas prendre une deuxième dose de médicament antiarythmique « pill-in-the-pocket » < 24 heures
 - d) l'épisode de FA est associé à des symptômes graves au départ (ex. : dyspnée importante, douleur thoracique, présyncope ou symptômes d'AVC), même si aucun médicament antiarythmique « pill-in-the-pocket » n'a été pris.

FA, fibrillation auriculaire; AV, auriculoventriculaire; PA, pression artérielle; ECG, électrocardiogramme

- Nous recommandons l'ablation par cathéter de la FA chez les patients qui demeurent symptomatiques après un essai adéquat de médication antiarythmique et chez lesquels une stratégie de maintien du rythme sinusal demeure souhaitable (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Nous suggérons l'ablation par cathéter pour maintenir le rythme sinusal comme traitement de première intention pour le soulagement des symptômes chez certains patients sélectionnés atteints de fibrillation auriculaire paroxystique symptomatique (*Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée*).
- Nous recommandons l'ablation thérapeutique par cathéter de flutter auriculaire typique chez les patients symptomatiques comme traitement de première intention ou comme solution de rechange raisonnable au traitement pharmacologique de contrôle du rythme ou de la fréquence (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).
- Nous suggérons que l'ablation par cathéter soit effectuée sans interruption du traitement anticoagulant oral (NACO ou dose ajustée de warfarine) (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

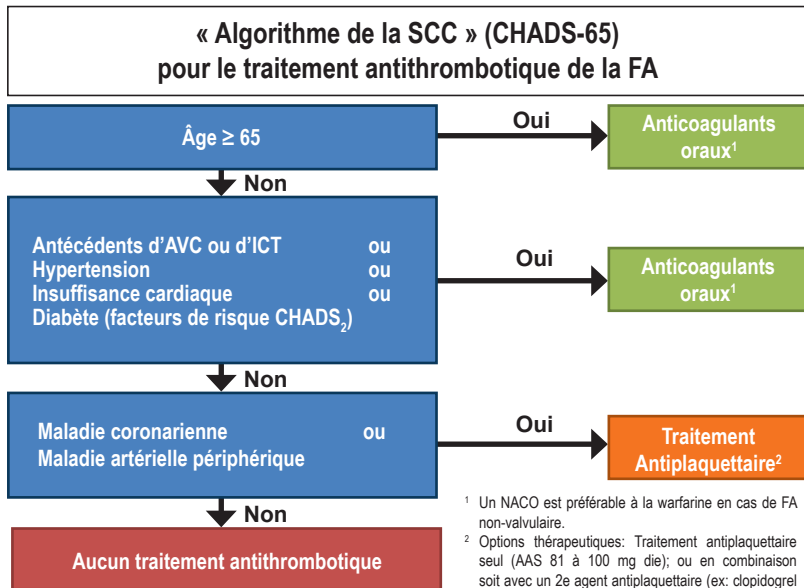
Ratio risques-bénéfices* de l'ablation chez les patients avec FA symptomatique

	De longue durée †	Persistante	Paroxystique
Traitement de première intention	--	--	+
Échec d'un 1er médicament	--	+	++
Échec d'un 2e médicament	+	++	+++
Échec de multiples médicaments	++	+++	+++

* Qu'il y ait présence ou non d'IC ou de dysfonction ventriculaire

+ Indique un ratio bénéfices/risques en faveur de l'ablation par cathéter

† FA symptomatique persistante et continue depuis un an ou plus



¹ Un NACO est préférable à la warfarine en cas de FA non-valvulaire.

² Options thérapeutiques: Traitement antiplaquettaire seul (AAS 81 à 100 mg die); ou en combinaison soit avec un 2e agent antiplaquettaire (ex: clopidogrel 75 mg die ou ticagrelor 60 mg bid) soit avec un agent antithrombotique (rivaroxaban 2,5 mg bid)

Prévention de l'AVC en présence de FA et/ou flutter auriculaire

Pas de traitement anticoagulant oral pour les patients âgés de moins de 65 ans ne présentant aucun facteur de risque CHADS₂ et traitement antiplaquettaire chez les patients atteints de coronaropathie ou de maladie vasculaire artérielle

- Pour les patients atteints de FA non valvulaire ou de flutter auriculaire âgés de moins de 65 ans ne présentant aucun facteur de risque CHADS₂, nous suggérons de ne pas administrer de traitement antithrombotique pour la prévention de l'AVC (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*) et en présence de coronaropathie ou maladie vasculaire artérielle, de traiter en fonction des recommandations des lignes directrices conjointes de la SCC et de l'ACCI en matière de traitement antiplaquettaire.

Conseil pratique : Pour les patients atteints de FA non valvulaire ou de flutter auriculaire âgés de moins de 65 ans ne présentant aucun facteur de risque CHADS₂, le risque d'AVC associé à la FA n'est pas suffisamment élevé pour justifier l'administration d'un traitement anticoagulant oral. En présence de coronaropathie ou maladie vasculaire artérielle, le traitement devrait être tel que décrit dans la mise à jour ciblée 2018 des lignes directrices conjointes de la SCC et de l'ACCI en matière de traitement antiplaquettaire: Les options thérapeutiques comprennent l'aspirine 81-100 mg die seule; ou l'aspirine en combinaison soit avec du clopidogrel 75 mg die, du ticagrelor 60 mg bid ou du rivaroxaban 2,5 mg bid.

La plupart des patients devraient recevoir un NACO

- Lorsqu'un traitement anticoagulant oral est indiqué chez les patients avec FA non valvulaire, nous recommandons du dabigatran, du rivaroxaban, de l'apixaban ou de l'edoxaban, plutôt que de la warfarine (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

Valeurs et préférences : Cette recommandation accorde plus d'importance à la facilité d'utilisation d'un NACO par rapport à la warfarine et aux données des études comparant les NACOs à la warfarine qui indiquent une réduction égale ou supérieure de survenue d'AVC, des saignements majeurs égaux ou moindres, et moins de saignements intracrâniens. La recommandation accorde moins de valeur à l'expérience clinique plus courte, l'inexistence d'un antidote particulier et l'inexistence d'un test simple visant à évaluer l'intensité de l'effet anticoagulant du NACO. La préférence pour un NACO plutôt que pour la warfarine est moins marquée chez les patients recevant déjà de la warfarine (avec RIN thérapeutiques stables), ne présentant aucune complication hémorragique et ne demandant pas de modification du traitement anticoagulant oral.

CICr	Warfarine	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
CICr >50 mL/min	Dose ajustée pour RIN de 2,0 à 3,0	150 mg bid*	20 mg die	5 mg bid	60 mg die [∞]
CICr 30-49 mL/min	Dose ajustée pour RIN 2,0 à 3,0	Envisager 110 mg bid de préférence à 150 mg bid	15 mg die	5 mg bid (envisager 2,5 mg bid) [†]	30 mg die
CICr 15-29 mL/min	Pas de données**	Pas de données [‡]	Pas de données	Donnés très limitées [§]	Pas de données [‡]
CICr < 15 ml/min (ou dialyse)	Pas de données [‡]	Pas de données [‡]	Pas de données [‡]	Pas de données [‡]	Pas de données [‡]

bid, deux fois par jour; die, une fois par jour; PO, par voie orale; RIN, rapport international normalisé; ECA, essai clinique aléatoire.

* Envisager dabigatran à 110 mg PO bid, si âgé > 75 ans

† Envisager apixaban à 2,5 mg PO bid, si 2 des 3 critères suivants : 1) âge > 80 ans, 2) poids corporel < 60 kg, ou 3) créatinine sérique > 133 µmol/l

∞ Envisager edoxaban à 30 mg die si le poids corporels ≤ 60 kg ou si traitement concomitant à l'aide d'un puissant inhibiteur de la glycoprotéine P (P-gp)

** Des doses ajustées de warfarine ont été utilisées, toutefois les données en matière d'innocuité et d'efficacité sont contradictoires

‡ Des doses ajustées de warfarine ont été utilisées, mais les données en matière d'innocuité et d'efficacité sont contradictoires et pourraient pencher vers la nocuité.

§ L'essai ARISTOTLE incluait des patients présentant une CICr aussi faible que 25 ml/min, mais il s'agissait d'un petit nombre de patients (1,5 % des patients de l'essai).

¶ Aucune étude randomisé publiée n'appuie de dose pour ce niveau de fonction rénale; les monographies du produit laissent entendre que le médicament est contre-indiqué pour un tel niveau de fonction rénale.

L'idarucizumab en cas d'urgence pour contrer l'effet anticoagulant du dabigatran

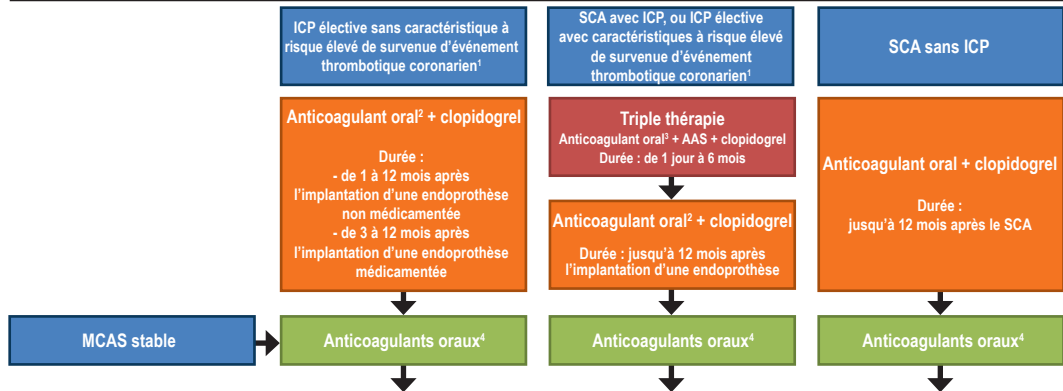
- Nous recommandons l'administration d'idarucizumab en cas d'urgence pour contrer l'effet anticoagulant du dabigatran chez les patients avec saignement incontrôlable ou menaçant la vie, et/ou chez les patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale urgente pour laquelle une hémostase normale est requise (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).

Valeurs et préférences : Cette recommandation accorde une valeur relative importante à la capacité de l'idarucizumab de renverser l'effet anticoagulant du dabigatran et à son potentiel de diminution des conséquences liées au saignement, au risque d'une intervention chirurgicale urgente, ainsi qu'à son profil d'innocuité et de tolérabilité. Elle accorde moins de valeur à l'absence de groupe témoin dans l'essai REVERSE-AD et au coût du médicament.

Conseil pratiques :

- En cas de saignement aigu menaçant la vie où il est estimé que les techniques de réanimation standard (comme les mesures de compression locale, les transfusions, etc.) soient insuffisantes (ex. hémorragie intracrânienne), ou lors d'échec à stabiliser le patient, l'idarucizumab devrait être administré dès que possible. Même si le temps de thrombine diluée et le temps de coagulation par l'écarine ont été utilisés pour détecter la présence de dabigatran dans l'essai REVERSE-AD, ces tests ne sont pas facilement accessibles. Le temps de thrombine (TT) et le temps de céphaline activée (TTPa) sont facilement accessibles et peuvent déceler qualitativement la présence de dabigatran actif chez un patient; toutefois, l'obtention de ces tests ne doit pas retarder l'administration d'idarucizumab. Dans plusieurs cas où il y a présence de saignement menaçant la vie, les cliniciens doivent choisir le traitement en fonction des antécédents d'utilisation du dabigatran plutôt que des données de laboratoire. La fonction rénale et le moment d'administration de la dernière dose de dabigatran fournissent des renseignements clés sur l'effet résiduel probable du dabigatran.
- Tel que défini dans le cadre de l'essai REVERSE-AD, l'intervention chirurgicale est considérée comme étant « urgente » lorsqu'elle ne peut être repoussée au-delà d'une période de 8 heures. Le timing de l'intervention chirurgicale doit être déterminé en fonction de l'indication clinique et de la stabilité du patient. Dans les cas où il est approprié de retarder la chirurgie, les cliniciens peuvent utiliser les paramètres de coagulation (ex. : TT ou TTPa) afin d'identifier les patients qui ne sont pas susceptibles de bénéficier d'un traitement par Idarucizumab.
- Renverser le traitement par dabigatran expose les patients au risque de thrombose associé à la maladie sous-jacente. L'anticoagulant oral devrait être administré de nouveau dès que cela est possible du point de vue médical.

Patients atteints de FA et de coronaropathie avec indication de traitement anticoagulant oral (âge > 65 ans ou CHADS₂ ≥ 1)



1. Une ICP est considérée à risque élevé en fonction de caractéristiques cliniques ou angiographiques: diabète, tabagisme actif, insuffisance rénale chronique (DFG <60 ml/min), ATCD de SCA ou de thrombose d'endoprothèse, coronaropathie pluritronculaire, plusieurs endoprothèses implantées, lésion de bifurcation complexe, longueur totale d'endoprothèse >60 mm, intervention pour occlusion chronique, implantation d'un support vasculaire biorésorbable.
2. Les régimes évalués dans ce contexte: warfarine, rivaroxaban 15 mg PO die (10 mg si CrCl 30-50 ml/min), dabigatran 110 mg ou 150 mg bid. Un NACO est préférable à la warfarine. Si warfarine utilisée, privilégier la valeur inférieure du RIN cible. Tous les patients devraient recevoir une dose de charge d'AAS de 160 mg au moment de l'ICP (s'ils n'ont jamais reçu d'AAS avant).
3. Les régimes évalués dans ce contexte: warfarine, rivaroxaban 2,5 mg PO bid. Un NACO est préférable à la warfarine. Si warfarine utilisée, la valeur du RIN cible recommandé est 2,0-2,5. Tous les patients devraient recevoir une dose de charge d'AAS de 160 mg au moment de l'ICP (s'ils n'ont jamais reçu d'AAS avant). L'AAS peut être arrêté le jour suivant l'ICP ou poursuivi de 1 à 6 mois après l'ICP. Le timing de l'arrêt de l'AAS dépendra du risque d'événement ischémique et de saignement.
4. Un an après l'ICP, l'anticoagulant oral est donnée à la dose standard de prévention de l'AVC. Un traitement antiplaquettaire (aspirine ou clopidogrel) peut être combiné à l'anticoagulant oral si les caractéristiques cliniques ou angiographiques indiquent un risque élevé d'événements ischémiques et que le risque de saignement est faible.

Traitement antithrombotique déterminé en fonction de l'évaluation claire du risque d'AVC du patient

- Nous recommandons que les patients atteints de FA et de maladie coronarienne ou artérielle périphérique concomitantes reçoivent un traitement antithrombotique en fonction de leurs risques d'AVC, d'événements coronariens, et d'hémorragie associée à l'utilisation d'agents antithrombotiques (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

Conseil pratique : Chez les patients nécessitant une combinaison de médicaments antiplaquettaires et anticoagulants pour traiter la FA et la coronaropathie ou la maladie vasculaire artérielle concomitante, nous suggérons d'employer des mesures visant à réduire le risque de saignement: évaluer et contrôler les facteurs de risque de saignement modifiables (HASBLED); envisager l'utilisation d'un inhibiteur de la pompe à protons; éviter le prasugrel et le ticagrelor en conjonction avec un anticoagulant oral; utiliser la warfarine dans la plage inférieure du RIN cible (par ex. : 2,0 à 2,5); envisager les doses efficaces plus faibles de NACO chez les patients sélectionnés (voir figure p.19); envisager des mesures spécifiques durant les interventions coronariennes (accès radial, gaines de petit diamètre, retrait précoce de la gaine du site fémoral et usage réduit des traitements antithrombotiques aigus); envisager le report des procédures non urgentes jusqu'à ce que la bithérapie ne soit plus nécessaire; envisager le recours à des appareils d'aide à la marche chez les patients atteints de troubles de l'équilibre; éviter les AINS ou tout autre médicament augmentant le risque de saignement; et, un contrôle rigoureux de la pression artérielle.

La plupart des patients pour qui un traitement anticoagulant oral est indiqué en présence de coronaropathie doivent recevoir un NACO

- Lorsqu'un anticoagulant oral est indiqué en présence de coronaropathie ou de maladie vasculaire artérielle, nous suggérons l'utilisation d'un NACO de préférence à la warfarine pour le traitement de la FA non-valvulaire (*Recommandation faible, données probantes de qualité*)

Valeurs et préférences : La suggestion d'utiliser un NACO plutôt que la warfarine accorde plus d'importance relative à la facilité d'utilisation d'un NACO par rapport à la warfarine et aux données des études comparant les NACO à la warfarine qui indiquent une réduction égale ou supérieure de survenue d'AVC, des saignements majeurs égaux ou moindres, moins de saignements intracrâniens et aucune augmentation nette d'événements coronariens.

Facteurs contribuant à un risque élevé de saignements

Facteurs qui augmentent le risque d'événements coronariens

• Caractéristiques cliniques

- Âge (65 ans et plus)
- Faible poids corporel (< 60 kg)
- Hypertension
- Antécédents de saignements (surtout au cours de la dernière année)
- ATCD d'AVC ou de saignement intracrânien
- Combinaison d'anticoagulant oral et de traitement antiplaquettaire
- Utilisation concomitante d'AINS ou de prednisone
- Consommation d'alcool excessive
- Fonction hépatique anormale
- Néphropathie chronique (DFG < 60 ml/min)
- Anémie (hémoglobine < 110 g/l)
- RIN labile (TTR < 60 %)

• Caractéristiques cliniques

- Diabète traité à l'aide d'hypoglycémifiants oraux ou d'insuline
- Tabagisme actif
- Néphropathie chronique (DFG < 60 ml/min)
- ATCD de SCA
- ATCD de thrombose d'endoprothèse

• Présentation Clinique

- SCA (STEMI, NSTEMI, angine instable)

• Facteurs angiographiques

- Coronaropathie plurifonculaire
- Plusieurs (≥ 3) endoprothèses implantées
- Endoprothèse pour lésion de bifurcation
- Longueur totale d'endoprothèse > 60 mm
- Endoprothèse TC ou IVA proximale
- Intervention pour occlusion chronique
- Endoprothèse biorésorbable

MCAS stable et FA chez les patients à risque élevé d'AVC ou de thromboembolie systémique

- Chez les patients atteints de FA âgés de 65 ans et plus ou présentant un score CHADS₂ ≥ 1 et une coronaropathie et/ou une maladie vasculaire artérielle (maladie artérielle périphérique ou plaque aortique), nous recommandons un traitement anticoagulant oral à long terme (*Forte recommandation, données probantes de haute qualité*).

Valeurs et préférences : Chez les patients atteints de FA et de coronaropathie ou de maladie vasculaire artérielle stable, le Comité des lignes directrices en matière de FA de la SCC croit que l'utilisation systématique d'une thérapie combinée (un anticoagulant oral en combinaison avec un agent antiplaquettaire) n'est pas justifiée en raison d'un risque accru de saignements, sans réduction significative des événements ischémiques coronariens et cérébrovasculaires.

Conseils pratiques :

- Pour les patients présentant des caractéristiques cliniques ou angiographiques indiquant un risque élevé d'évènement thrombotique coronarien et qui sont à faible risque de saignement, certains cliniciens préfèrent opter pour un traitement anticoagulant oral en combinaison avec un traitement antiplaquettaire (soit aspirine ou clopidogrel) plutôt que pour un traitement anticoagulant oral seul.
- La MCAS stable se définit par l'absence de syndrome coronarien aigu au cours des 12 mois précédents.

FA et ICP* élective sans caractéristique à risque élevé de survenue d'événement thrombotique coronarien

- Chez les patients atteints de FA âgés de 65 ans et plus ou présentant un score CHADS₂ ≥ 1, nous suggérons un traitement combinant un anticoagulant oral et du clopidogrel (75 mg die) pendant au moins un mois après l'implantation d'une endoprothèse non médicamenteuse et pendant au moins 3 mois après l'implantation d'une endoprothèse médicamenteuse (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

FA et ICP dans un contexte de SCA ou ICP élective avec caractéristiques à risque élevé de survenue d'événement thrombotique coronarien

- Chez les patients atteints de FA âgés de 65 ans et plus ou présentant un score CHADS₂ ≥ 1, nous recommandons d'administrer un régime initial de triple thérapie antithrombotique (AAS 81 mg die + clopidogrel 75 mg die + un anticoagulant oral) jusqu'à 6 mois après l'ICP (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*). Après l'arrêt de l'AAS, qui peut avoir lieu aussi tôt que le jour suivant l'ICP, nous suggérons de poursuivre un traitement combinant un anticoagulant oral et du clopidogrel (75 mg die) pendant une période allant jusqu'à 12 mois après l'ICP (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

Conseils pratiques :

- Une combinaison d'aspirine et de ticagrelor, ou d'aspirine et de prasugrel, peut aussi être utilisée de préférence à la triple thérapie chez certains patients avec CHADS₂=1 mais à plus faible risque d'AVC (ex.: hypertension isolée), réservant la triple thérapie ou la combinaison anticoagulant oral + clopidogrel aux patients dont le risque d'AVC est plus élevé.
- Une ICP est considérée à risque élevé de survenue d'événement thrombotique coronarien en fonction de caractéristiques cliniques ou angiographiques: diabète, tabagisme actif, insuffisance rénale chronique (DFG <60 ml/min), ATCD de SCA ou de thrombose d'endoprothèse, coronaropathie pluritrunculaire, plusieurs endoprothèses implantées, lésion de bifurcation complexe, longueur totale d'endoprothèse >60 mm, intervention pour occlusion chronique, implantation d'un support vasculaire biorésorbable.
- Tous les patients devraient recevoir 81 mg d'AAS (ou au moins 160 mg si le patient n'a jamais pris d'AAS) le jour de l'ICP. Le traitement avec AAS peut être poursuivi dans le cadre d'une triple thérapie antithrombotique pour une période allant jusqu'à 6 mois chez les patients présentant un risque élevé d'événements thrombotiques coronariens et un faible risque de saignement. On peut cesser le traitement par AAS aussi tôt que le jour suivant l'ICP chez les patients présentant un faible risque d'événements thrombotiques coronariens et un risque élevé de saignements. Chez les patients présentant un risque modéré d'événements thrombotiques coronariens et un risque modéré de saignements, on peut poursuivre le traitement par ASS dans le cadre d'une trithérapie pour une période de 1 à 3 mois.

*ICP= Intervention coronarienne percutanée

FA et infarctus du myocarde de type I traité sans angioplastie coronarienne

- Chez les patients atteints de FA âgés de 65 ans ou plus ou présentant un score CHADS₂ ≥ 1, avec infarctus du myocarde de type I traité sans revascularisation percutanée, nous suggérons un traitement combinant un anticoagulant oral et du clopidogrel 75 mg die (plutôt que prasugrel ou ticagrelor) sans traitement concomitant par AAS au cours des 12 mois après le SCA (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

Valeurs et préférences : Chez les patients atteints de FA et d'un IM de type I ne subissant pas de revascularisation, le Comité des lignes directrices en matière de FA de la SCCmet relativement davantage l'accent sur la réduction du taux de survenue d'événements ischémiques coronariens et thrombotiques cérébrovasculaires, plutôt que sur la survenue saignements accrus observée dans le cadre d'une thérapie combinée. Lorsqu'on a recours à une thérapie combinée, la préférence accordée au traitement par clopidogrel plutôt qu'au traitement par AAS est fondée sur les résultats de l'étude CAPRIE, dans le cadre de laquelle il a été démontré que le clopidogrel est supérieur à l'AAS (0,5 % de réduction absolue de l'indice composé de décès vasculaire, d'IM ou d'AVC ischémique; P = 0,043); ainsi que sur l'efficacité substantielle et les données liées à l'innocuité de la thérapie combinée à base de clopidogrel et d'anticoagulant oral (le clopidogrel a été utilisé chez 88 % des patients participant à l'essai RE-DUAL et chez 95 % des patients participant à l'essai PIONEER AF-PCI).

1. FA valvulaire (peu importe la durée), ou
2. FA non valvulaire < 12 heures et ATCD récent d'AVC/ICT, ou
3. FA non valvulaire 12 à 48 heures et score CHADS₂ ≥ 2, ou
4. FA non valvulaire > 48 heures

Anticoagulation orale thérapeutique
≥ 3 semaines avant la cardioversion

Alternative : ETO pour exclure
un thrombus auriculaire gauche

1. FA récente instable sur le plan hémodynamique¹, ou
2. FA non valvulaire < 12 heures et aucun ATCD récent d'AVC/ICT, ou
3. FA non valvulaire 12 à 48 heures et score CHADS₂ < 2

Débuter un traitement anticoagulant oral dès que possible
(de préférence avant la cardioversion)

CARDIOVERSION

ANTICOAGULATION PENDANT 4 SEMAINES POST CARDIOVERSION

TRAITEMENT ANTICOAGULANT À LONG TERME
SELON « L'ALGORITHME DE LA SCC » (CHADS-65)

¹ La FA aiguë instable sur le plan hémodynamique est définie comme étant une FA entraînant de l'hypotension, une ischémie cardiaque ou un œdème pulmonaire

Anticoagulation dans le contexte de cardioversion

Anticoagulation orale thérapeutique pendant au moins 3 semaines précédant une cardioversion élective

- Nous recommandons qu'en plus du contrôle approprié de la fréquence, la plupart des patients atteints de fibrillation ou de flutter auriculaire pour qui une cardioversion électrique ou pharmacologique élective est prévue doivent recevoir un traitement anticoagulant au cours des 3 semaines précédant la cardioversion (*Fortes recommandations, données probantes de qualité modérée*).

Circonstances selon lesquelles il est possible de procéder à une cardioversion sans anticoagulation au préalable

- Nous suggérons que la cardioversion pharmacologique ou électrique visant à traiter une fibrillation ou un flutter auriculaire sans traitement anticoagulant préalable d'une durée d'au moins 3 semaines devrait être réservée aux patients présentant les caractéristiques suivantes (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*) :
 - i) patients atteints de FA non valvulaire présentant clairement une survenue de FA au cours des 12 dernières heures en l'absence d'un AVC ou ICT récent (< 6 mois);
 - ii) patients atteints de FA non valvulaire avec score CHADS₂ < 2 qui présentent une survenue de FA d'une durée de plus de 12 heures, mais clairement de moins de 48 heures.

Conseil pratique : La FA non valvulaire est définie comme étant une FA en l'absence de valves cardiaque mécanique, de sténose mitrale rhumatismale ou de sténose mitrale rhumatismale modérée ou sévère.

Échocardiographie transoesophagienne comme alternative à l'anticoagulation avant la cardioversion

- Nous suggérons l'échocardiographie transoesophagienne (ETO) afin d'exclure un thrombus cardiaque comme alternative au traitement anticoagulant d'au moins 3 semaines précédant la cardioversion (*Recommandation faible, données probantes de qualité modérée*).

Valeurs et préférences : Cette recommandation accorde une grande valeur à l'amélioration des symptômes suite à une cardioversion immédiate, ainsi qu'au faible risque d'AVC lié à la cardioversion lors de l'utilisation de l'ETO pour exclure la présence d'un thrombus intracardiaque. On accorde une valeur moindre aux faibles risques associés à l'ETO.

Cardioversion électrique immédiate de la FA chez les patients avec instabilité hémodynamique

- Nous recommandons d'envisager une cardioversion électrique immédiate chez les patients dont la survenue récente de fibrillation ou de flutter auriculaire constitue la cause directe d'une instabilité hémodynamique et est accompagnée d'hypotension, d'un syndrome coronarien aigu ou d'un œdème pulmonaire (*Forte recommandation, données probantes de faible qualité*).

Valeurs et préférences : Cette recommandation accorde une grande valeur à la prise en charge immédiate de l'instabilité hémodynamique à l'aide d'une cardioversion, et une moindre valeur à la réduction du risque d'AVC associé à l'utilisation d'une période de traitement anticoagulant avant la cardioversion. Un traitement anticoagulant doit être amorcé aussitôt que possible.

Initiation immédiate d'un traitement anticoagulant avant une cardioversion urgente

- Lorsque l'on décide qu'un patient doit subir une cardioversion non planifiée visant à traiter une fibrillation ou un flutter auriculaire, nous suggérons d'amorcer immédiatement un traitement anticoagulant (de préférence avant la cardioversion) soit avec un NACO, ou de l'héparine suivi d'une dose ajustée de warfarine (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

Anticoagulation dans le contexte de cardioversion

Anticoagulation thérapeutique pendant au moins 4 semaines après la cardioversion

- En l'absence de contre-indication, nous suggérons que tous les patients subissant une cardioversion visant à traiter une fibrillation ou un flutter auriculaire reçoivent un traitement anticoagulant (NACO ou dose ajustée de warfarine) pour une durée d'au moins 4 semaines après la cardioversion (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*). Ensuite, nous recommandons que la poursuite du traitement antithrombotique soit évaluée en fonction du risque d'AVC conformément à l'algorithme de la SCC (CHADS-65) (*Forte recommandation, données probantes de qualité modérée*).

Valeurs et préférences : Cette approche met relativement davantage l'accent sur les bienfaits de la prévention de l'AVC que sur le risque de saignement lié à un traitement anticoagulant de courte durée. Bien qu'il soit possible d'analyser les risques en fonction des caractéristiques cliniques du patient et/ou de la durée de la fibrillation ou du flutter auriculaire, le comité des lignes directrices en matière de FA de la SCC a choisi de simplifier la directive en recommandant (en l'absence de contre-indication) un traitement anticoagulant pour un mois après une cardioversion.

Conseil pratique : Lorsque l'on a recours à un traitement anticoagulant oral seulement pour une courte période (< 2 mois), les données probantes actuelles ne justifient pas de bienfait lié à l'efficacité ou à l'innocuité de l'utilisation d'un NACO plutôt qu'une dose ajustée de warfarine. Néanmoins, le caractère pratique du recours à un NACO plutôt qu'à une dose ajustée de warfarine au cours de la période entourant la cardioversion est substantiel. De plus, une anticoagulation thérapeutique avec l'utilisation d'un NACO est quasi-immédiate, alors qu'elle est retardée dans le cas de la dose ajustée de warfarine. Par conséquent, il est raisonnable d'utiliser un NACO en péri-cardioversion.

Traitement anticoagulant oral chez certains patients sélectionnés avec FA subclinique

- Nous suggérons qu'il est raisonnable de prescrire un traitement anticoagulant oral aux patients âgés de 65 ans et plus, ou présentant un score CHADS₂ ≥ 1, qui ont des épisodes de FA subclinique d'une durée continue de plus de 24 heures. De plus, il convient également d'envisager un traitement anticoagulant chez les patients à risque élevé (comme les patients ayant récemment subi un AVC embolique dont la cause est inconnue) présentant des épisodes de plus courte durée (*Recommandation faible, données probantes de faible qualité*).

NOUVEAU!

La SCC lance son nouveau **site internet pour ses lignes directrices**

Naviguez et recherchez rapidement dans les guides des lignes directrices du CCS de la fibrillation auriculaire, du traitement antiplaquettaire, de la dyslipidémie et de l'insuffisance cardiaque.

CCS.CA/eGuidelines



**Canadian Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.



Société canadienne de cardiologie

Communauté. Connaissances. Leadership.

Veuillez consulter

www.ccs.ca

 **@CCS_SCC**

L'impression de ce guide de poche est rendue possible grâce
au financement fourni par Bayer et l'alliance Bristol-Myers Squibb et Pfizer.