

Les antithrombotiques en prévention des AVC des fibrillations auriculaires. Pour quels patients ?

La fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV) est associée à un risque majoré d'AVC et d'embolies systémiques. Les antithrombotiques ont prouvé leur efficacité préventive en prévention primaire et secondaire. L'efficacité des AVK à doses adaptées (INR entre 2 et 3) est largement prouvée; l'aspirine est beaucoup plus modestement efficace; les AVK à doses faibles, seuls ou associés à l'aspirine offrent peu de protection.¹ Mais l'hétérogénéité des FANV et des situations conduit à une décision beaucoup plus nuancée qui doit être basée sur la détermination du risque individuel. Deux revues générales nous aident à ce niveau.

- **Quatre marqueurs de risque** ont été validés

* **Un accident antérieur** (AVC constitué ou AIT): le risque est alors multiplié par 20.

* **L'HTA**, notamment l'HTA > 160 mmHg. Les études ne permettent pas encore de savoir si le traitement de l'HTA réduit le risque cardioembolique.

* **L'âge avancé** (>75 ans) notamment chez l'hypertendu et particulièrement la femme de plus de 75 ans.

* **La dysfonction ventriculaire gauche**, définie par une histoire d'insuffisance cardiaque, ou des données échocardiographiques.

Pour ces facteurs s'intriquent les mécanismes cardioemboliques (dilatation auriculaire gauche, baisse de vélocité dans l'auricule, thrombi de l'auricule, dysfonction ventriculaire gauche), et ceux liés à l'athérosclérose, notamment les plaques complexes de l'arc aortique.

- **Les éléments du bilan cardiaque:**

* **le trouble rythmique** peut être intermittent ou permanent: des épisodes de FA récurrents (>1 épisode) semblent avoir le même risque qu'une FA permanente.²

* **la cardioversion** et les thérapeutiques de maintenance du rythme sinusal n'ont pas fait la preuve de leur efficacité préventive des AVC cardioemboliques.²

* **l'échocardiographie transthoracique** est un élément du bilan cardiaque. La dysfonction ventriculaire gauche est confirmée par les études comme un facteur indépendant prédicteur d'AVC. La dilatation auriculaire gauche également, avec des données moins significatives. L'apport de l'échocardiographie, malgré des contro-

verses, reste admis.

* **l'échocardiographie transoesophagienne (ETE)** permet de mieux apprécier les thrombi et la stase intraauriculaires, et d'explorer les plaques aortiques complexes. Sur 382 patients à haut risque explorés avec ETE, l'étude SPAFIII relève un taux d'AVC annuel de 1,3% en l'absence d'anomalie, de 7,8% si anomalie auriculaire, de 12% si plaque aortique complexe, de 20% avec les deux.³ Mais il n'est pas encore prouvé que l'ETE soit supérieure aux quatre marqueurs pour décider d'un traitement AVK. Son utilisation en routine reste controversée.²

- **Deux à trois niveaux de risque:** des schémas de stratification du risque ont ainsi été proposés:

* **patients à haut risque:** ceux ayant un des 4 marqueurs de risque, surtout accident antérieur, HTA > 160 mmHg, femme > 75 ans, âge > 75 ans + HTA. L'existence de plusieurs de ces facteurs multiplie le risque: 7,2% par an avec 1 facteur, 17,6 avec 2 ou plus (étude SPAFII).³

* **patients à risque modéré:** diabète, coronarien, histoire d'HTA < 160 mmHg sans facteur à haut risque et âge < 75.

* **patients à bas risque:** âge < 65 sans aucun des facteurs de risque

L'intérêt de la classification est illustré par les bénéfices attendus avec AVK vs aspirine pour 1.000 patients traités: prévention secondaire (risque annuel d'AVC 10%, 40 AVC évités, nombre nécessaire à traiter (NNT) 25; autres facteurs de haut risque (risque 6% par an), 24 AVC évités, NNT 42; risque modéré (3% par an), 12 AVC évités, NNT 80; bas risque (1% par an), 4 AVC évités NNT 250.

De ces synthèses, retenons l'indication théorique indiscutable des AVK chez les patients à haut risque (AVC antérieur, âge > 75 ans, HTA, insuffisance cardiaque et/ou dysfonction ventriculaire gauche). A l'inverse l'aspirine est licite chez les patients à bas risque: âge < 65 ans, absence d'autre facteur de risque. Mais notons la variété des chiffres donnés qui reflète la variété des populations des diverses études. Ceci montre l'importance de la prise en compte des particularités individuelles.

En pratique, on constate une sous utilisation des AVK, particulièrement chez les patients âgés de plus de 75 ans.^{4,5} Les études ne permettent pas de savoir jusqu'à quel âge le rapport bénéfice/risque reste positif. L'âge "physiologique" doit emporter la décision. Reste à bien gérer les AVK (INR entre 2 et 3), à bien contrôler l'HTA, et à prendre en compte la capacité du patient à suivre le traitement, et sa motivation.

1- Anonyme. Fibrillation auriculaire et AVC. Prévention par antithrombotiques. Méta-analyse des essais randomisés. Bibliomed 2000;176.

2 - Hart RG, Halperin JL. Atrial fibrillation and thromboembolism: a decade of progress in stroke prevention. Ann Int Med. 1999;131:688-695.

3 - Buyukoglu B, Cohen A. Fibrillation auriculaire et risque d'accident vasculaire ischémique: les études SPAF et après... STV. 1999;11:538-47

4 - Ezekowitz MD. Atrial fibrillation: the epidemic of the new millennium. Ann Int Med. 1999;131(7): 537-538

5 - GO AS et al. Warfarin use among patients with nonvalvular atrial fibrillation: the ATRIA study. Ann Int Med. 1999;131(12):927-934

Mots clé: ACFA, AVC, antithrombotique, antiagrégant, anticoagulant, aspirine, AVK, prévention, échocardiographie

Numéro 179 du 30 mars 2000