Prise en charge de la FA aux urgences
(Recommandations SFMU – SFC)

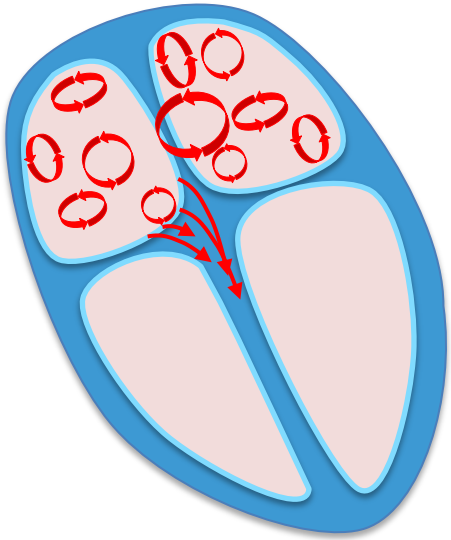
Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

- Pierre Taboulet, CHU Saint-louis-Lariboisière, Paris
- Olivier Ganansia, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris
- Jonathan Duchenne. Centre hospitalier Henri Mondor d'Aurillac
- Hugues Lefort, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris
- Caroline Zanker, Groupe hospitalier HEGP
- Patricia Jabre, SAMU de Paris

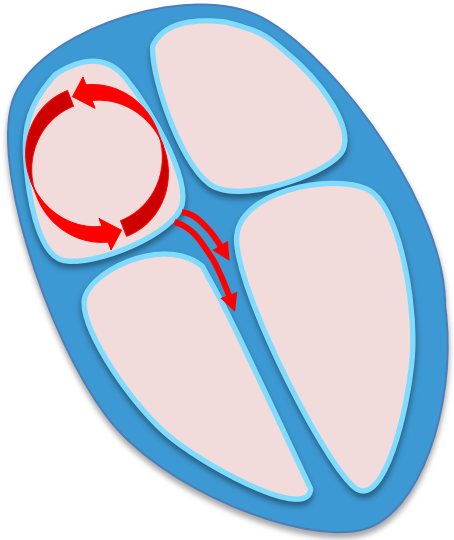
Société Française de Cardiologie (SFC)

- Jean-Marc Davy, CHRU Arnaud de Villeneuve, Montpellier
- Jean-Yves Le Heuzey, Cardiologie, Hôpital Georges Pompidou, Paris

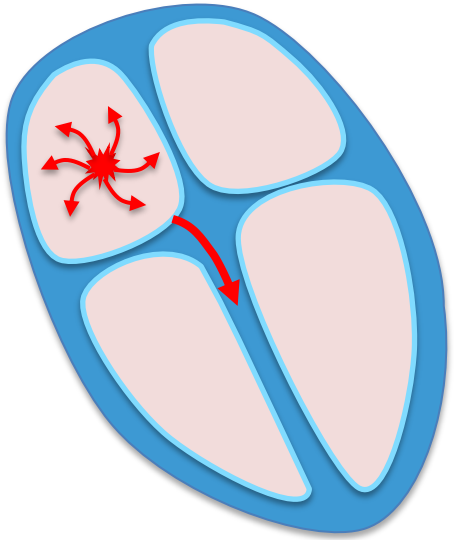
Fibrillation atriale



Flutter atrial



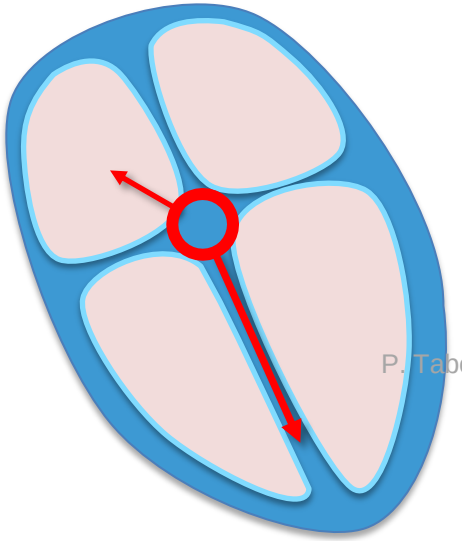
T. atriale focale



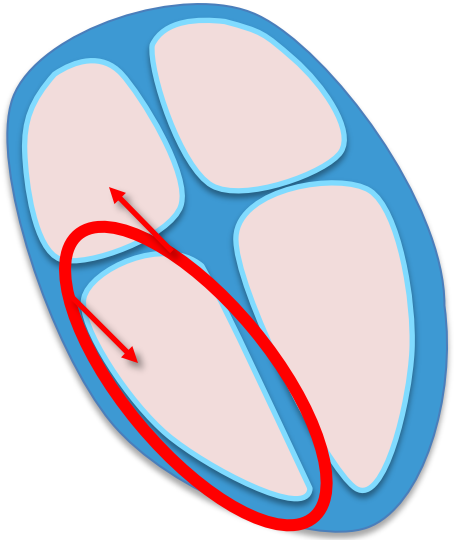
Tachycardie (jonctionnelle) réciproque

A. réentrée intranodale

B. faisceau accessoire



A



B

P. Taboulet

Points forts

Bilan FA

- **Réponses aux questions clés +++**
- **Echographie clinique ++**
- **Chads$_2$va$_2$sc et Has-bled +++**

Anticoagulation

- **Bénéfice/risque = scores → dossier**
- **AOD préférence à AVK; HBPM premier jour ? Pas d'aspirine**

Ralentir

- **Corriger facteurs « adrénergiques »**
- **Choix de molécule(s) par élimination**

Cardioversion

- **Organiser/envisager < 48 heures**
- **Amiodarone IV ou PO (pour CEE et AA classe I, avis cardio)**

Bilan clinique : questions clés

Type de FA : inaugurale, paroxystique, persistante ou permanente

Heure de début d'une forme inaugurale ou récidivante

→ possible : nouveaux symptômes (palpitations, vertiges ou douleur thoracique) ou conséquences hémodynamiques brutales (malaise, syncope)

→ impossible si la FA de découverte fortuite ou révélée par une complication

Paramètres vitaux et ECG

Signes d'accompagnement : malaise, dyspnée, douleur thoracique, etc.

Tolérance hémodynamique, respiratoire

Complications thromboemboliques artérielles

Facteur déclenchant (K, sepsis, acidose, toxique, effort…)

Terrain cardiologique et comorbidités

Traitement chronique

Points forts

Bilan FA

- Réponses aux questions clés +++
- **Echographie clinique ++**
- Chads$_2$va$_2$sc et Has-bled +++

Anticoagulation

- Bénéfice/risque = scores → dossier
- AOD préférence à AVK; HBPM premier jour ? Pas d'aspirine

Ralentir

- Corriger facteurs « adrénergiques »
- Choix de molécule(s) par élimination

Cardioversion

- Organiser/envisager < 48 heures
- Amiodarone IV ou PO (pour CEE et AA classe I, avis cardio)

→ **En cas de FA mal tolérée (hémodynamique instable, œdème pulmonaire, douleur thoracique ou choc cardiogénique), il est recommandé qu'une ETT soit réalisée en urgence** (ESC, classe I) [ESC 2010]**.**

→ **Si une ETT n'est pas réalisable, nous recommandons qu'une échocardiographie clinique soit réalisée dans la SU** (SFMU/SFC, classe IIa).

Biologie

→ Nouvelle FA : K, créatinine, NFS, glycémie

→ Orientation clinique : peptides N, d-dimères, toxique…

→ ACG d'une FA : hémostase, INR, dosage spécifique

Echographie : ETT ou à défaut échographie clinique

→ FA mal tolérée : indispensable (classe I)

→ FA bien tolérée, inaugurale ou récidivante : peut faciliter la pec (classe IIa)

RX thorax

→ FA inaugurale/récidivante ou mal tolérée : cœur, vx, poumons, plèvres

→ **Nous recommandons que le score CHA_2DS_2-VASc d'un patient en FA soit calculé et figure dans le dossier médical lorsqu'un traitement antithrombotique est envisagé ou modifié en médecine d'urgence** (SFMU/SFC, classe I).

b) Adjusted stroke rate according to CHA_2DS_2-VASc score		
CHA_2DS_2-VASc score	Patients (n = 73538)	Stroke and thromboembolism event rate at 1 year follow-up (%)
0	6369	0.78
1	8203	2.01
Les patients qui ont un score CHA_2DS_2-VASc = 1 ont un bénéfice incertain d'une prévention du risque thromboembolique par antithrombotique. → **En cas de score CHA_2DS_2-VASc = 1, un traitement anticoagulant doit être envisagé, basé sur l'évaluation du risque de complication hémorragique et les préférences du patient** (ESC, classe IIa) [Camm 2012]. **La décision d'anticoagulation peut être différée jusqu'à l'avis du cardiologue ou du médecin référent** (SFMU/SFC classe IIa).		
8	285	22.38
9	46	23.64

Olesen JB et al. BMJ 2011

→ **Nous recommandons que le score HAS-BLED d'un patient en FA soit calculé et figure dans le dossier médical lorsqu'un traitement antithrombotique est envisagé ou modifié en médecine d'urgence** (SFMU/SFC, classe IIa).

→ Un score ≥ 3 points indique un « risque élevé » de saignement avec des AVK ou l'aspirine.

Un traitement AVK s'accompagne d'une incidence annuelle d'environ 1,5 % patient/année d'hémorragies graves [Pister 2010] et de 0,3 à 0,5 % patient/année d'hémorragies mortelles [Fihn 1996].

Clinical characteristics comprising the HAS-BLED bleeding risk score

Letter	Clinical characteristic	Points awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding tendency or predisposition	1
L	Labile INRs (if taking VKA)	1
E	Elderly (e.g., age >65, frail condition)	1
D	Drugs (concomitant aspirin, NSAID) or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

Score 0 : 1,1%

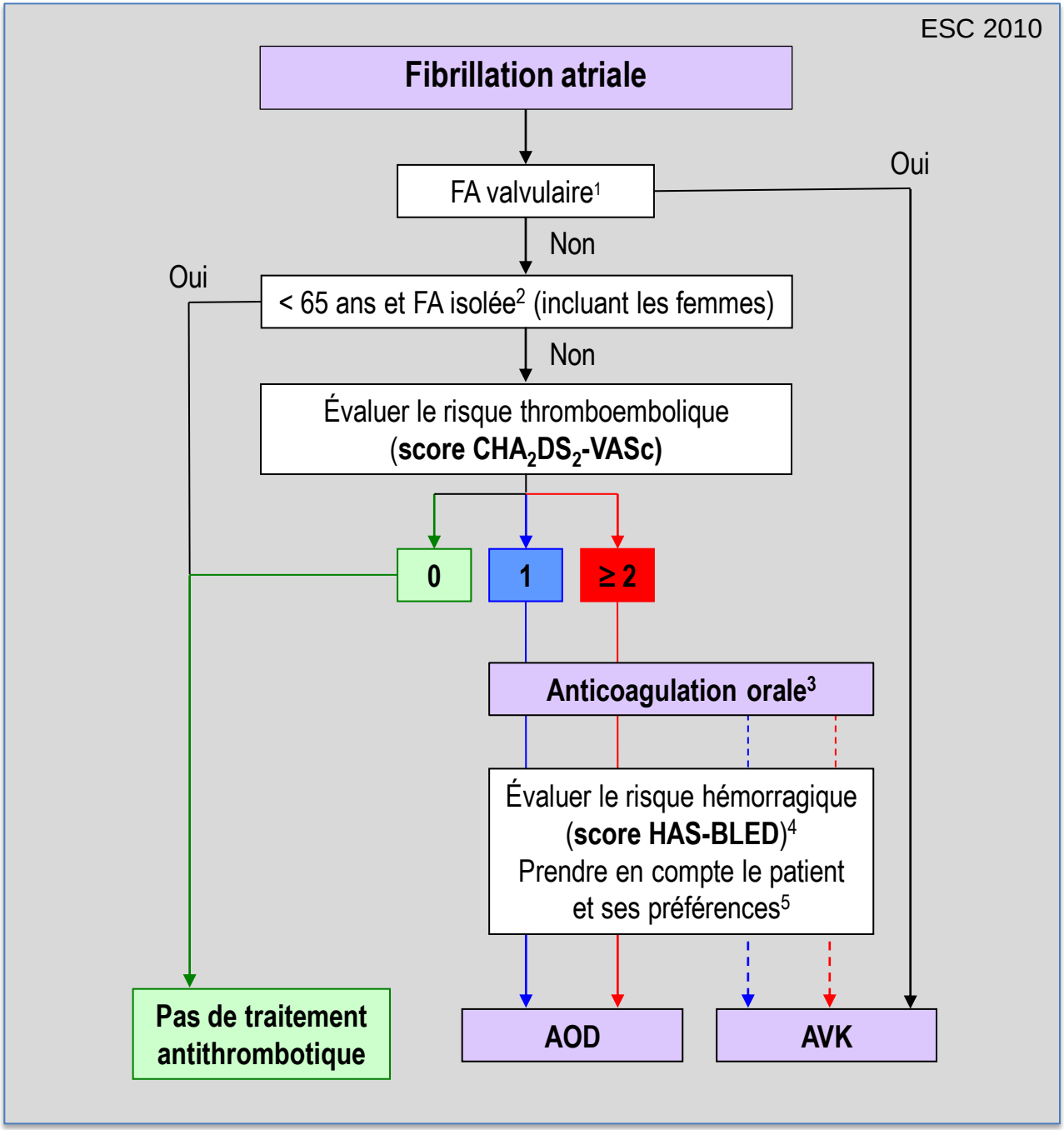
Score 1 : 1%

Score 2 : 1,9%

Score 3 : 3,7%

Score 4 : 8,7%

Score 5 : 12 %


ESC 2010
Fibrillation atriale
FA valvulaire[1]
Oui
Non
Oui
< 65 ans et FA isolée[2] (incluant les femmes)
Non
Évaluer le risque thromboembolique
(score CHA2DS2-VASc)
0
1
≥ 2
Anticoagulation orale[3]
Évaluer le risque hémorragique
(score HAS-BLED)[4]
Prendre en compte le patient
et ses préférences[5]
Pas de traitement
antithrombotique
AOD
AVK

Points forts

Bilan FA

- **Réponses aux questions clés +++**
- **Echographie clinique ++**
- **CHA_2DS_2-VASc et HAS-BLED +++**

Anticoagulation

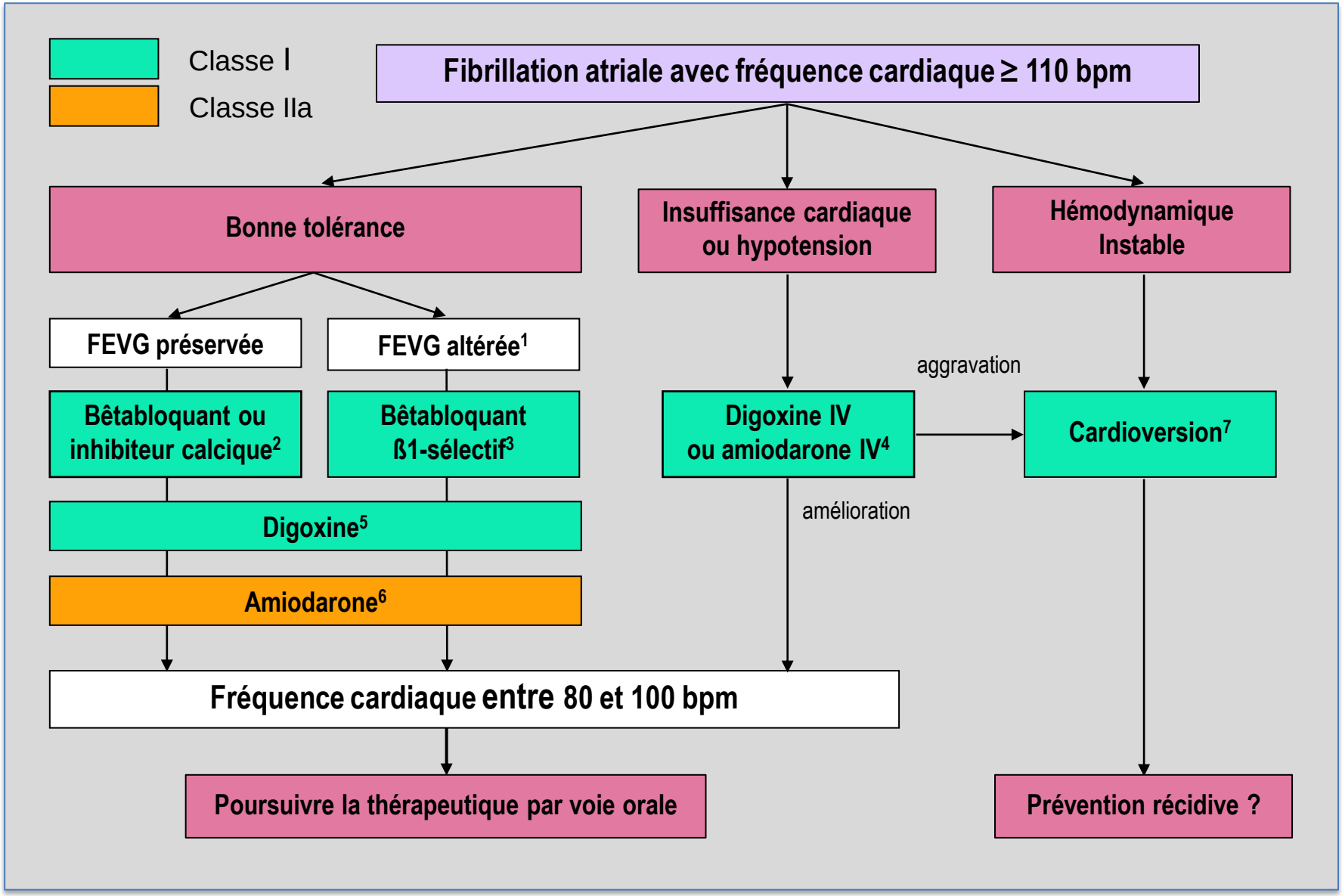
- **Bénéfice/risque = scores → dossier**
- **AOD préférence à AVK; HBPM premier jour ? Pas d'aspirine**

Ralentir

- **Corriger facteurs « adrénergiques »**
- **Choix de molécule(s) par élimination**

Cardioversion

- **Organiser/envisager < 48 heures**
- **Amiodarone IV ou PO (pour CEE et AA classe I, avis cardio)**


Classe I
Classe IIa
Fibrillation atriale avec fréquence cardiaque ≥ 110 bpm
Bonne tolérance
Insuffisance cardiaque ou hypotension
Hémodynamique Instable
FEVG préservée
FEVG altérée[1]
Bêtabloquant ou inhibiteur calcique[2]
Bêtabloquant ß1-sélectif[3]
Digoxine IV ou amiodarone IV[4]
aggravation
Cardioversion[7]
amélioration
Digoxine[5]
Amiodarone[6]
Fréquence cardiaque entre 80 et 100 bpm
Poursuivre la thérapeutique par voie orale
Prévention récidive ?

Points forts

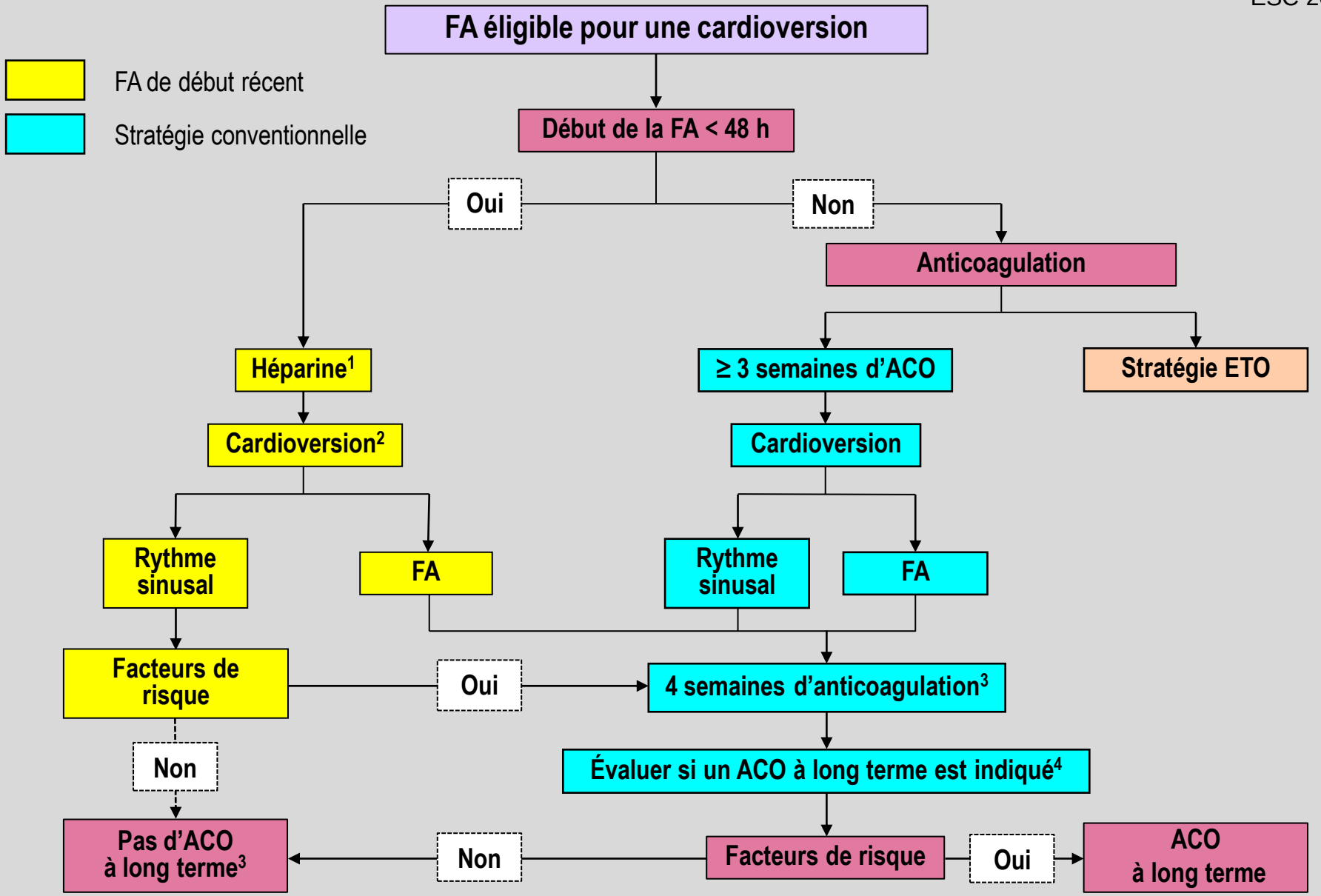
Bilan FA
- **Réponses aux questions clés +++**
- **Echographie clinique ++**
- **CHA_2DS_2-VASc et HAS-BLED +++**

Anticoagulation
- **Bénéfice/risque = scores → dossier**
- **AOD préférence à AVK; HBPM premier jour ? Pas d'aspirine**

Ralentir
- **Corriger facteurs « adrénergiques »**
- **Choix de molécule(s) par élimination**

Cardioversion
- **Organiser/envisager < 48 heures**
- **Amiodarone IV ou PO (pour CEE et AA classe I, avis cardio)**

ESC 2010


FA éligible pour une cardioversion
FA de début récent
Stratégie conventionnelle
Début de la FA < 48 h
Oui
Non
Anticoagulation
Héparine[1]
≥ 3 semaines d'ACO
Stratégie ETO
Cardioversion[2]
Cardioversion
Rythme sinusal
FA
Rythme sinusal
FA
Facteurs de risque
Oui
4 semaines d'anticoagulation[3]
Non
Évaluer si un ACO à long terme est indiqué[4]
Pas d'ACO à long terme[3]
Non
Facteurs de risque
Oui
ACO à long terme

Filière ambulatoire

- → **La prise en charge ambulatoire d'un patient stable en FA est envisageable lorsque le contrôle de la fréquence cardiaque et l'initiation du traitement anticoagulant ont été réalisés** (SFMU/SFC, classe IIa)
- → **La cardioversion ambulatoire par amiodarone orale d'un patient stable en FA récente (de moins de 48 heures) est envisageable lorsqu'un traitement anticoagulant a été initié** (SFMU/SFC, classe IIa), **en conformité avec les objectifs de prise en charge recommandée par l'ESC [**ESC 2010].
- → **Il est recommandé d'orienter vers un cardiologue tous les patients dont le traitement de la FA inaugurale ou récidivante a été initié ou modifié, dans un délai court et adapté à la situation médicale** (SFMU/SFC, classe I).
- → **Il est souhaitable de disposer d'une filière de soins cardiologiques pour la prise en charge des patients avec FA inaugurale ou récidivante à la sortie de la SU** (SFMU/SFC, classe IIa).

Filière ambulatoire

- → **La prise en charge ambulatoire d'un patient stable en FA est envisageable lorsque le contrôle de la fréquence cardiaque et l'initiation du traitement anticoagulant ont été réalisés** (SFMU/SFC, classe IIa)
- → **La cardioversion ambulatoire par amiodarone orale d'un patient stable en FA récente (de moins de 48 heures) est envisageable lorsqu'un traitement anticoagulant a été initié** (SFMU/SFC, classe IIa), **en conformité avec les objectifs de prise en charge recommandée par l'ESC** [ESC 2010].
- → **Il est recommandé d'orienter vers un cardiologue tous les patients dont le traitement de la FA inaugurale ou récidivante a été initié ou modifié, dans un délai court et adapté à la situation médicale** (SFMU/SFC, classe I).
- → **Il est souhaitable de disposer d'une filière de soins cardiologiques pour la prise en charge des patients avec FA inaugurale ou récidivante à la sortie de la SU** (SFMU/SFC, classe IIa).

Points forts

Bilan FA

- **Réponses aux questions clés +++**
- **Echographie clinique ++**
- **CHA_2DS_2-VASc et HAS-BLED +++**

Anticoagulation

- **Bénéfice/risque = scores → dossier**
- **AOD préférence à AVK; HBPM premier jour ? Pas d'aspirine**

Ralentir

- **Corriger facteurs « adrénergiques »**
- **Choix de molécule(s) par élimination**

Cardioversion

- **Organiser/envisager < 48 heures**
- **Amiodarone IV ou PO (pour CEE et AA classe I, avis cardio)**

Balance bénéfice/risque

b) Adjusted stroke rate according to CHA_2DS_2-VASc score				
CHA_2DS_2-VASc score	Patients (n = 73538)	Stroke and thromboembolism event rate at 1 year follow-up (%)		
0	6369	0.78	0,2	1,1
1	8203	2.01	0,6	1
2	12771	3.71	1,2	1,9
3	17371	5.92	2	3,7
4	13887	9.27	3,1	8,7
5	8942	15.26	5	12,5
6	4244	19.74	6,5	
7	1420	21.50		
8	285	22.38		
9	46	23.64		

Olesen JB et al. BMJ 2011

Cardioversion

→ **Un protocole de cardioversion d'une FA de durée de moins de 48 heures chez un patient stable doit être disponible dans chaque SU** (SFMU/SFC, classe I).

→ **Lorsqu'une cardioversion électrique ou pharmacologique IV d'une FA est envisagée dans le cadre d'une stratégie de contrôle du rythme, une hospitalisation est recommandée** (SFMU/SFC, classe I).

→ **La réalisation d'une cardioversion électrique ou pharmacologique IV d'une FA est envisageable dans la SU dans le cadre d'une hospitalisation courte** (SFMU/SFC, classe IIb).

La cardioversion ambulatoire par amiodarone orale d'un patient stable en FA récente (de moins de 48 heures) est envisageable lorsqu'un traitement anticoagulant a été initié (SFMU/SFC, classe IIa)

Filières de soins

- → **La prise en charge ambulatoire d'un patient stable en FA est envisageable lorsque le contrôle de la fréquence cardiaque et l'initiation du traitement anticoagulant ont été réalisés** (SFMU/SFC, classe Iia)
- → **La prise en charge ambulatoire d'un patient stable après cardioversion/conversion est envisageable lorsqu'un traitement préventif des récidives et un traitement anticoagulant ont été initiés** (SFMU/SFC, classe Iia)
- → **Il est recommandé d'orienter vers un cardiologue tous les patients dont le traitement de la FA inaugurale ou récidivante a été initié ou modifié, dans un délai court et adapté à la situation médicale** (SFMU/SFC, classe I).
- → **Il est souhaitable de disposer d'une filière de soins cardiologiques pour la prise en charge des patients avec FA inaugurale ou récidivante à la sortie de la SU** (SFMU/SFC, classe IIa).