

Revue générale

Traitement antithrombotique dans la fibrillation atriale associée à une valvulopathie

Ce document de consensus de l'Association de rythmologie (*European Heart Rhythm Association, EHRA*) et du groupe de travail de l'*European Society of Cardiology (ESC)* sur la thrombose, endossé par le groupe de travail de l'ESC sur les valvulopathies et diverses sociétés savantes de rythmologie, a été publié en 2017 [1].



F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Il y a une hétérogénéité importante dans la définition de la fibrillation atriale (FA) valvulaire ou non valvulaire. Pour certains, toute valvulopathie doit faire considérer la FA comme "valvulaire". D'autres considèrent que seuls les prothèses valvulaires mécaniques et le rétrécissement mitral rhumatismal font que la FA est "valvulaire".

Ce terme de "FA valvulaire" a été utilisé de façon arbitraire, et les recommandations de l'ESC sur la fibrillation atriale, en 2016, l'ont banni et ont utilisé la dénomination "FA liée à un rétrécissement mitral hémodynamiquement significatif ou à une prothèse valvulaire mécanique".

Le présent document propose la catégorisation fonctionnelle EHRA

(comme l'acronyme de l'Association de rythmologie de l'ESC...): "*Evaluated Heartvalves, Rheumatic or Artificial*".

>>> Le type EHRA 1 correspond aux patients qui ont une FA et une valvulopathie nécessitant un traitement antithrombotique par un antivitamine K (AVK):

- sténose mitrale (modérée à sévère, d'origine rhumatismale);
- prothèse valvulaire mécanique.

>>> Le type EHRA 2 correspond aux patients qui ont une FA et une valvulopathie nécessitant un traitement antithrombotique par un AVK ou un anticoagulant oral direct (AOD), en prenant aussi en considération les composantes du score CHA₂DS₂-VASc:

- insuffisance mitrale;
- réparation valvulaire mitrale;

Recommandations		
Définition	Recommandations	Symbole
Preuves scientifiques qu'un examen ou un traitement est bénéfique et effectif. Cela requiert au moins un essai randomisé, ou bien il y a des preuves fortes en provenance d'études d'observation et il y a un consensus des membres du groupe.	Recommandé/ indiqué	
Agrément général et/ou preuves scientifiques en faveur de l'utilité/l'efficacité d'un examen ou d'un traitement. Cela peut être supporté par des essais randomisés ayant inclus un petit nombre de patients ou bien ne pas être applicable largement.	Peut être utilisé ou recommandé	
Preuves scientifiques ou agrément général de ne pas utiliser ou recommander un examen ou un traitement.	Ne doit pas être utilisé ou recommandé	

Revue générale

- rétrécissement aortique;
- insuffisance aortique;
- insuffisance tricuspide;
- rétrécissement tricuspide;
- insuffisance pulmonaire;

- rétrécissement pulmonaire;
- prothèse valvulaire biologique;
- implantation valvulaire aortique percutanée (IVAP; en anglais: *Tanscatheter aortic valve implantation* [TAVI]).

■ Physiopathologie

La physiopathologie de la thrombogénèse dans la FA liée aux prothèses valvulaires et/ou aux atteintes valvulaires

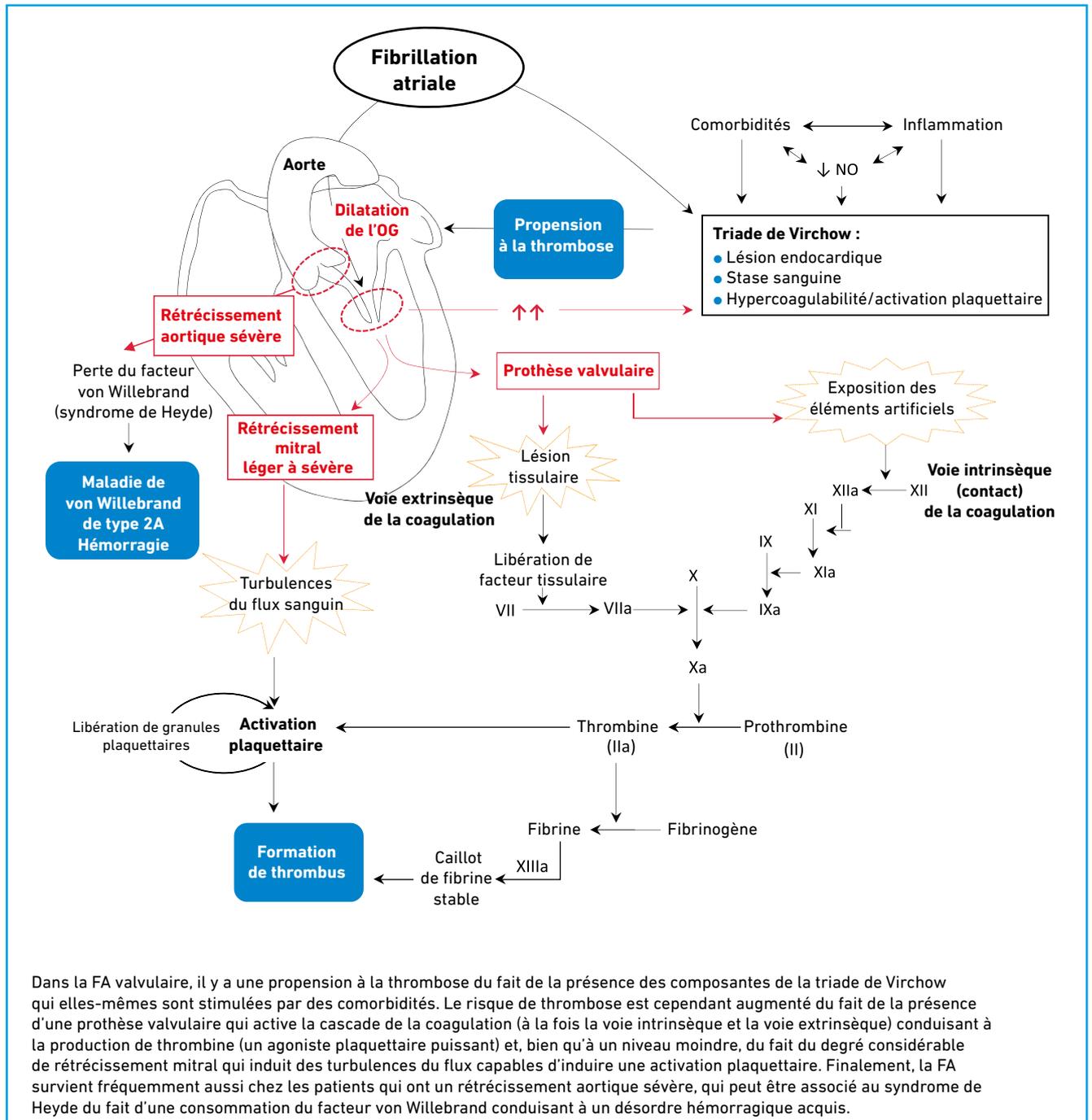


Fig. 1 : Physiopathologie de la thrombogénèse dans la fibrillation atriale liée aux prothèses valvulaires et/ou aux atteintes valvulaires mitrales.

laïres mitrales est présentée dans la **figure 1**.

Recommandations sur l'anticoagulation orale par antivitamine K chez les patients qui ont une fibrillation atriale et une prothèse valvulaire, y compris biologique

Une monothérapie par AVK bien conduite avec un bon contrôle de l'anticoagulation (par exemple, temps dans la fourchette thérapeutique > 65-70 %) est généralement recommandée, en prenant en compte le type de prothèse, sa position (mitrale...) et des facteurs de risque additionnels, dont la FA. ♥

Les patients qui ont une prothèse biologique et une FA nécessitent une anticoagulation orale à vie. ♥

Indications de l'ajout d'une antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont une fibrillation atriale et une prothèse valvulaire mécanique

Chez les patients qui ont une prothèse valvulaire mécanique, une FA et une maladie vasculaire, un traitement par AVK et aspirine à petites doses (75-100 mg/j) peut être envisagé en l'absence d'un risque hémorragique élevé. ♥

Chez les patients qui ont une prothèse valvulaire mécanique et une FA, lorsqu'il y a un traitement par AVK et aspirine, l'INR doit être compris entre 2,0 et 3,0 (cible: 2,5), étant donné le risque hémorragique élevé de l'association et l'absence de preuve d'une meilleure protection avec une intensité de traitement AVK plus élevée (INR entre 3 et 5). ♥

L'aspirine à fortes doses (≥ 325 g/j) en association à un traitement par AVK à quelque intensité que ce soit doit être évitée. ♥

Recommandations sur les anticoagulants oraux directs chez les patients qui ont une fibrillation atriale et une valvulopathie

Les AOD chez les patients qui sont en FA et qui ont une prothèse valvulaire mécanique sont contre-indiqués. ♥

Jusqu'à ce que plus de données soient disponibles, les patients qui sont en FA et qui ont un rétrécissement mitral, rhumatismal de quelque degré que ce soit ou bien non rhumatismal modéré à sévère, ne doivent pas être traités par un AOD. ♥

L'efficacité et la sécurité des AOD pour la prévention des AVC/embolies systémiques peuvent être similaires chez les patients en FA avec ou sans chirurgie valvulaire conservatrice telle qu'une annuloplastie, une commissurotomie ou une valvuloplastie, ou une prothèse biologique, selon les données sur un petit nombre de patients dans les analyses *a posteriori* des essais randomisés. Plus de données sont nécessaires pour définir le rôle des AOD chez ces sujets. ♥

L'efficacité et la sécurité des AOD chez les patients qui ont une insuffisance mitrale et/ou aortique non rhumatismale ou une autre valvulopathie native

peuvent être similaires à celles chez les patients en FA sans valvulopathie, selon les données sur un petit nombre de patients dans les analyses *a posteriori* des essais randomisés. Plus de données sont nécessaires pour définir le rôle des AOD chez ces sujets. ♥

Chez les patients qui ont une valvulopathie hémodynamiquement non significative et chez ceux qui ont un antécédent de commissurotomie mitrale percutanée couronnée de succès, les AOD peuvent être envisagés comme alternative aux AVK. ♥

Recommandations sur le traitement antithrombotique chez les patients qui sont en fibrillation atriale et qui ont une implantation valvulaire aortique percutanée ou une occlusion de l'auricule gauche

Un algorithme du traitement antithrombotique chez les patients qui ont une IVAP est proposé dans la **figure 2**.

Les patients qui sont en FA et qui ont eu une IVAP couronnée de succès peuvent être traités par un inhibiteur du facteur X activé. Cependant, les données sont limitées. ♥

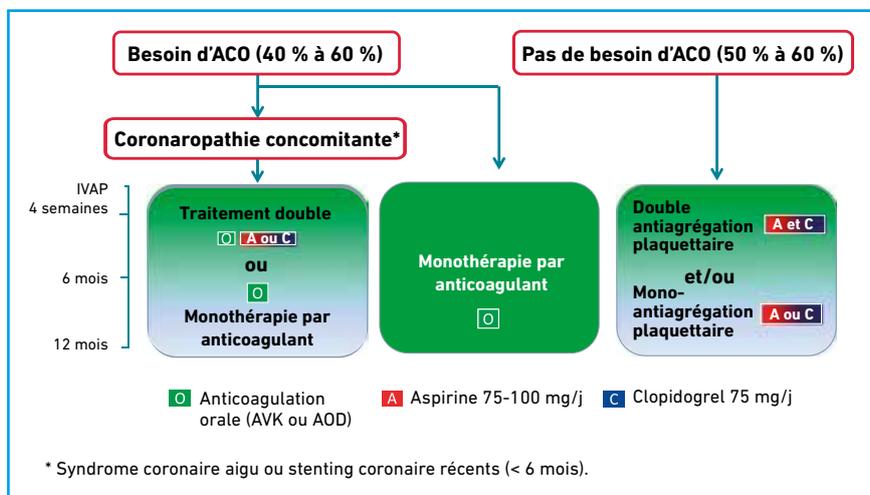


Fig. 2: Algorithme du traitement antithrombotique chez les patients qui ont une implantation valvulaire aortique percutanée.

I Revues générales

Les patients qui sont en FA, qui ont une coronaropathie stable et qui ont eu une IVAP peuvent être traités par un anticoagulant oral seul, AVK ou inhibiteur du facteur X activé. Cependant, les données prospectives sont limitées. ♥

Selon les protocoles des essais, l'association d'une anticoagulation orale et d'une mono-antiagrégation plaquettaire après une occlusion de l'auricule gauche couronnée de succès peut être prescrite pendant 6 semaines au maximum chez les patients à faible risque

hémorragique, puis une mono-antiagrégation plaquettaire. Cependant, les données à long terme sont limitées, il n'y a pas de comparaison avec les AOD. ♥

Une mono-antiagrégation plaquettaire ou l'absence de traitement antithrombotique peut être prescrite après une occlusion de l'auricule gauche chez les patients en FA qui ne peuvent pas avoir un AVK. Cependant, les données à long terme sont limitées, il n'y a pas de comparaison avec les AOD. ♥

BIBLIOGRAPHIE

LIP GYH, COLLET JP, DE CATERINA R *et al.* Antithrombotic therapy in atrial fibrillation associated with valvular heart disease: a joint consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, endorsed by the ESC Working Group on Valvular Heart Disease, Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA), Heart Rhythm Society (HRS), Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), South African Heart (SA Heart) Association and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Electrofisiología (SOLEACE). *Europace*, 2017;19:1757-1758.