

Le dossier – L'oreillette gauche dans les valvulopathies

Fermeture d'auricule chez le patient valvulaire

RÉSUMÉ: La fermeture d'auricule s'adresse actuellement en France aux patients présentant une contre-indication formelle et définitive au traitement anticoagulant. Cette population inclut les patients valvulaires, à l'exception de ceux avec un rétrécissement mitral modéré à sévère, et les porteurs de prothèse mécanique.

L'essai randomisé LAAOS III suggère un effet additionnel de la fermeture d'auricule par voie chirurgicale en plus du traitement anticoagulant chez les patients ayant une chirurgie cardiaque incluant une majorité de patients valvulaires opérés.

Si ces données ne doivent pas être extrapolées à la fermeture percutanée chez les patients valvulaires non opérés, cette stratégie mériterait d'être évaluée.



G. DUCROCQ

RHU iVASC, DHU-FIRE, Hôpital Bichat, PARIS;

Université de Paris, Inserm U1148, PARIS;

FACT: French Alliance for Cardiovascular clinical Trials.

Indications actuelles de fermeture d'auricule

La fibrillation auriculaire multiplie en moyenne par 5 le risque d'AVC [1]. À l'échelle individuelle, ce surrisque est modulé par différents facteurs cliniques qui sont résumés dans le score CHA₂DS₂-VASc [2]. Il est réduit d'environ 2/3 par le traitement anticoagulant [3]. Certains patients présentent toutefois une contre-indication formelle et définitive au traitement anticoagulant oral. Dans ce cas, la fermeture d'auricule est actuellement la seule alternative thérapeutique disponible [4].

Toutefois, le libellé de l'indication HAS précise que cette technique ne s'adresse qu'aux patients ayant une fibrillation auriculaire non valvulaire. Cela ne signifie pas pour autant que tout patient porteur d'une valvulopathie sera contre-indiqué pour une fermeture d'auricule. Les dernières recommandations de l'ESC sur la fibrillation auriculaire [4] précisent en effet que les termes "fibrillation auriculaire valvulaire" ou "non valvulaire" ne doivent plus être employés. Ces termes induisent en effet de la confusion car les

seuls sous-groupes devant être individualisés sur le plan de la prise en charge antithrombotique sont les patients porteurs de prothèse mécanique (ces patients ayant une indication formelle au traitement antivitamine K) et ceux porteurs d'une sténose mitrale modérée à sévère (qui sont à risque de formation de thrombus dans l'oreillette gauche également en dehors de l'auricule).

Cela n'inclut donc pas les patients porteurs de valvulopathie aortique, d'insuffisance mitrale, de bioprothèse et *a fortiori* les patients porteurs de valvulopathie du cœur droit. Ces derniers patients doivent donc avoir les mêmes indications de fermeture d'auricule que les patients non valvulaires (c'est-à-dire une contre-indication formelle et définitive au traitement anticoagulant).

Peut-on envisager un élargissement des indications de fermeture d'auricule chez les patients valvulaires ?

Le risque thromboembolique des patients valvulaires en fibrillation

Le dossier – L'oreillette gauche dans les valvulopathies

auriculaire (en excluant les porteurs de prothèse mécanique et de rétrécissement mitral) est supérieur à celui des patients en fibrillation auriculaire sans valvulopathie [5, 6]. S'il a été démontré dans ce sous-groupe de patients que les AOD avaient un bénéfice similaire sur les AVK en comparaison aux patients non valvulaires, le risque résiduel reste élevé quel que soit le type d'anticoagulant utilisé [7]. La question d'une fermeture d'auricule associée à un traitement anticoagulant pourrait donc se poser dans ce type de sous-groupe à risque thromboembolique élevé avec un risque résiduel sous anticoagulant non négligeable.

C'est à cette question qu'ont tenté de répondre les auteurs de l'essai LAAOS III [8]. Il s'agit d'un essai randomisé, multicentrique, en ouvert. Les investigateurs ont randomisé 2 379 patients ayant un antécédent de fibrillation auriculaire et devant bénéficier d'une chirurgie cardiaque pour une autre indication entre une occlusion de l'auricule *versus* pas d'occlusion. Dans les 2 bras de l'essai, les patients devaient recevoir le traitement habituel incluant le traitement anticoagulant. Il est important de souligner qu'il s'agissait donc d'une occlusion de l'auricule chirurgicale et non percutanée. Le choix de la

technique d'occlusion était laissé libre au chirurgien (résection, suture ou système de fermeture).

L'âge moyen des participants était de 71 ans, 67,5 % étaient des hommes. Le CHA₂DS₂-VAScore moyen était de 4,2. Environ 2/3 des patients ont bénéficié d'une procédure valvulaire. L'essai a été interrompu prématurément par le DSMB après un suivi moyen de 4,8 ans. À la sortie de l'hospitalisation initiale, 83,4 % de patients dans le groupe occlusion et 81 % dans le groupe absence d'occlusion avaient une anticoagulation orale. Pendant la durée du suivi, le critère d'évaluation principal (un composite AVC ischémique ou embolie systémique) s'est produit chez 114 participants (4,8 %) du bras occlusion et 168 participants (7,0 %) du bras absence d'occlusion, soit un HR de 0,67 (IC 95 % : 0,53-0,85) (fig. 1). Ces résultats étaient consistants dans l'ensemble des sous-groupes analysés et en particulier dans le sous-groupe des patients ayant eu une intervention valvulaire.

Cette étude semble donc suggérer que l'occlusion d'auricule permet un bénéfice additionnel au traitement anticoagulant dans une population à haut risque bénéficiant d'une chirurgie cardiaque et incluant une majorité de patients val-

vulaires. Il est toutefois important de souligner tout d'abord que, même s'ils constituaient la majorité de la population, cet essai ne s'adressait pas uniquement aux patients valvulaires.

Par ailleurs, parmi les patients valvulaires, la population de LAAOS III n'incluait par définition que des valvulaires opérés. Enfin, ces résultats ne doivent pas être extrapolés à la fermeture d'auricule percutanée, cette dernière technique présentant des risques procéduraux et post-procéduraux qui lui sont propres tels que les thromboses de prothèse. Ces résultats sont toutefois encourageants et pourraient faire l'objet d'un essai évaluant la fermeture d'auricule percutanée en complément du traitement anticoagulant dans des populations de patients ayant un risque thromboembolique résiduel élevé tels que les patients valvulaires.

Conclusion

La fermeture d'auricule s'adresse actuellement en France aux patients présentant une contre-indication formelle et définitive au traitement anticoagulant. Cette population inclut les patients valvulaires, à l'exception de ceux avec un rétrécissement mitral modéré à sévère, et les porteurs de prothèse mécanique.

Des données récentes suggèrent un effet additionnel de la fermeture d'auricule par voie chirurgicale en plus du traitement anticoagulant chez les patients ayant une chirurgie cardiaque incluant une majorité de patients valvulaires opérés. Si ces données ne doivent pas être extrapolées à la fermeture percutanée chez les patients valvulaires non opérés, cette stratégie mériterait d'être évaluée.

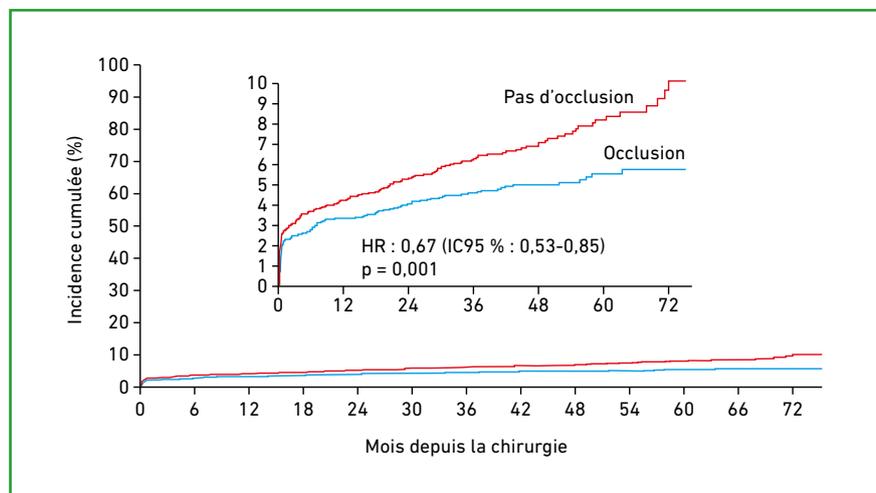


Fig. 1 : Incidence cumulative du critère d'évaluation principal (composite AVC ischémique/embolie systémique [8]).

BIBLIOGRAPHIE

1. PISTERS R, LANE DA, MARIN F *et al.* Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation. *Circ J*, 2012;76:2289-2304.

Le dossier – L'oreillette gauche dans les valvulopathies

2. LIP GY, NIEUWLAAT R, PISTERS R *et al.* Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Chest*, 2010;137:263-272.
3. HART RG, PEARCE LA, AGUILAR MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med*, 2007;146:857-867.
4. HINDRICKS G, POTPARA T, DAGRES N *et al.*; ESC Scientific Document Group 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*, 2021;42:373-498.
5. PHILIPPART R, BRUNET-BERNARD A, CLEMENTY N *et al.* Prognostic value of CHA2DS2-VASc score in patients with 'non-valvular atrial fibrillation' and valvular heart disease: the Loire Valley Atrial Fibrillation Project. *Eur Heart J*, 2015;36:1822-1830.
6. LIP GYH, JENSEN M, MELGAARD L *et al.* Stroke and bleeding risk scores in patients with atrial fibrillation and valvular heart disease: evaluating 'valvular heart disease' in a nationwide cohort study. *Europace*, 2019;21:33-40.
7. AVEZUM A, LOPES RD, SCHULTE PJ *et al.* Apixaban in Comparison With Warfarin in Patients With Atrial Fibrillation and Valvular Heart Disease: Findings From the Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation (ARISTOTLE) Trial. *Circulation*, 2015;132:624-632.
8. WHITLOCK RP, BELLEY-COTE EP, PAPARELLA D *et al.*; LAAOS III Investigators. Left Atrial Appendage Occlusion during Cardiac Surgery to Prevent Stroke. *N Engl J Med*, 2021;384:2081-2091.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêt suivants: proctoring/conseil (Boston Scientific/Abbott).