

# Les nouvelles recommandations européennes de la prise en charge de la FA 2020 en 20 points

*Dr Emna ALLOUCHE*

1. Le diagnostic de la FA doit être confirmé par un tracé ECG 12 dérivations ou une bande de rythme objectivant une FA pendant  $\geq 30$  s.
2. L'évaluation méthodique et structurée de la FA, y compris l'évaluation du risque d'accident vasculaire cérébral, de la gravité des symptômes, de l'importance de la charge en FA et du substrat de la FA, contribue à améliorer le traitement personnalisé des patients atteints de FA.
3. Les nouveaux outils et technologies de dépistage et de détection de la FA, tels que les (micro-)implants et les dispositifs portables, augmentent considérablement les possibilités de diagnostic chez les patients à risque de FA. Toutefois, les protocoles de gestion appropriés basés sur ces outils sont encore incomplètement définis.
4. La gestion globale et intégrée des patients atteints de FA est essentielle pour améliorer leurs pronostics.
5. Le point de vue du patient doit être pris en compte dans la prise de décision concernant le traitement et doit être intégré dans la gestion de la FA ; l'évaluation méthodique des résultats rapportés par les patients est un élément important pour documenter et évaluer le succès du traitement.
6. Le parcours ABC rationalise les soins intégrés des patients atteints de FA à tous les niveaux de soins et entre les différentes spécialités.
7. Une évaluation personnalisée du risque thrombo-embolique, méthodique, clinique et basée sur le score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, est la première étape de la gestion optimale du risque thrombo-embolique chez les patients atteints de FA.
8. Les patients souffrant de FA et présentant des facteurs de risque d'AVC doivent être traités avec un anticoagulant oral pour la prévention des AVC. Chez les patients éligibles aux anticoagulants oraux directs (AOD), les AOD sont préférés aux AVK.
9. L'évaluation systématique et méthodique du risque de saignement, basée sur un score de risque, par exemple le score HAS-BLED, permet d'identifier les facteurs de risque de saignement non modifiables et de traiter les facteurs de risque modifiables chez les patients souffrant de FA.
10. Un risque hémorragique élevé ne devrait pas entraîner automatiquement l'arrêt de l'anticoagulation orale chez les patients en FA et présentant un risque d'accident vasculaire cérébral. Il convient plutôt de s'attaquer aux facteurs de risque

hémorragique modifiables et de prévoir un examen clinique et un suivi plus strict pour les patients à haut risque hémorragique.

11. Le contrôle de la fréquence fait partie intégrante de la gestion de la FA et il est souvent suffisant pour améliorer les symptômes liés à la FA.
12. La réduction des symptômes liés à la FA et l'amélioration de la qualité de vie est la principale indication du contrôle du rythme par cardioversion, traitement anti arythmique et/ou ablation par cathéter est
13. La décision de démarrer un traitement à long terme par un traitement anti-arythmique de doit tenir compte de la sévérité des symptômes, des éventuels effets indésirables des médicaments, en particulier l'effet arythmogène des médicaments ou les effets secondaires extracardiaques, et des préférences du patient.
14. L'ablation par cathéter est un traitement bien établi pour la prévention des récurrences de la FA. Lorsqu'elle est effectuée par des opérateurs dûment formés, l'ablation par cathéter est une alternative sûre et supérieure aux anti-arythmiques pour le maintien du rythme sinusal et l'amélioration des symptômes.
15. Les principaux facteurs de risque de récurrence de la FA doivent être évalués et pris en charge lors de la prise de décision concernant la thérapie interventionnelle.
16. Chez les patients atteints de FA et à FEVG normale, il n'a pas été démontré que l'ablation par cathéter réduisait la mortalité totale ou les accidents vasculaires cérébraux. Chez les patients souffrant de FA et de cardiomyopathie rythmique, l'ablation par cathéter permet dans la majorité des cas d'améliorer la fonction VG.
17. La perte de poids, le contrôle strict des facteurs de risque et la prévention des déclencheurs de la FA sont des stratégies importantes pour améliorer les résultats du contrôle du rythme.
18. L'identification et la prise en charge des facteurs de risque et des comorbidités font partie intégrante du traitement des patients atteints de FA.
19. Chez les patients souffrant de FA avec SCA ayant eu une angioplastie non compliquée, il faut envisager un arrêt précoce de l'aspirine et passer à un traitement anti-thrombotique double avec anticoagulant oral et un inhibiteur de la P2Y12.
20. Les patients présentant des épisodes de fréquence atriale rapide doivent être régulièrement surveillés pour détecter l'évolution vers la FA clinique et l'évolution du risque thrombo-embolique individuel (c'est-à-dire le changement du score CHA2DS2-VASc). Chez les patients présentant un épisode de fréquence atriale rapide plus long (en particulier >24 h) et un score CHA2DS2-VASc élevé, il est raisonnable d'envisager l'anticoagulation orale lorsque l'on prévoit un bénéfice clinique net de cette dernière dans le cadre d'un processus de décision thérapeutique partagé et informé.