

CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



PRISE EN CHARGE D'UNE FIBRILLATION ATRIALE FLUTTER DE L'ADULTE

REDACTION : Bureau RESURCOR
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2020

Objet :

Aide à la prise en charge des patients présentant une fibrillation atriale (FA) / un flutter atrial.

Domaine d'application :

Médecins du SMUR, médecins des services d'urgences.

CAT

1. Règles générales :

- Toujours documenter l'arythmie (12D, tracés longs)
- En cas de doute sur le diagnostic (tachycardie régulière, tachycardie à QRS larges...), les manœuvres vagales ou l'injection d'ATP (Stryadine® 1 ampoule ou Krenosin® 2 ampoules IVD rapide en respectant les contre-indications) peuvent être utiles (Cf. procédure PEC tachycardies à QRS fins)
- L'évaluation du risque thromboembolique étant difficile en situation d'urgence, la règle générale reste de décoaguler toute FA avant avis spécialisé sauf cas particuliers : FA connue et déjà bilatée, risque hémorragique (Traumatisme récent, chirurgie récente...)
- En cas de FA très lente, mise sous Isuprel PSE possible. Penser à la possibilité d'un BAV complet sous-jacent si les ventricules deviennent réguliers
- Un bilan biologique minimal est à prévoir comprenant : bilan de coagulation, ionogramme, TSH, CRP, NFS
- Une échographie cardiaque est à prévoir rapidement pour toute FA non connue auparavant.

2. Algorithme de prise en charge : cf. ci-contre.

Mauvaise tolérance appréciée sur : hémodynamique, signes insuffisance cardiaque, angor.

3. Moyens thérapeutiques :

a. Anticoagulation curative (ACC) :

- En urgence : AOD (Dabigatran, Rivaroxaban ou Apixaban) ou héparine (HBPM ou HNF)
- Puis, au choix :
 - Poursuite AOD (En première intention) avec adaptation de la posologie ou contre-indications selon les recommandations et selon la clairance de la créatinine (Cockcroft)
 - AVK. Si AVK : INR cible entre 2 et 3

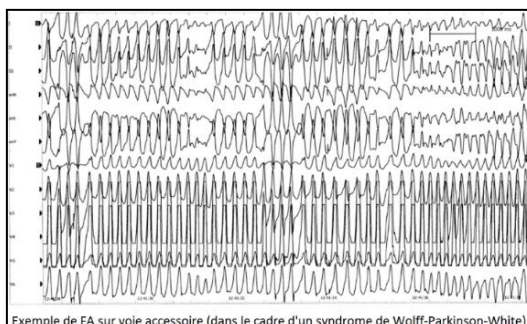
NB : nécessité d'avoir un bilan de coagulation et une créatinine (Cockcroft) le plus rapidement possible pour adapter ces traitements.

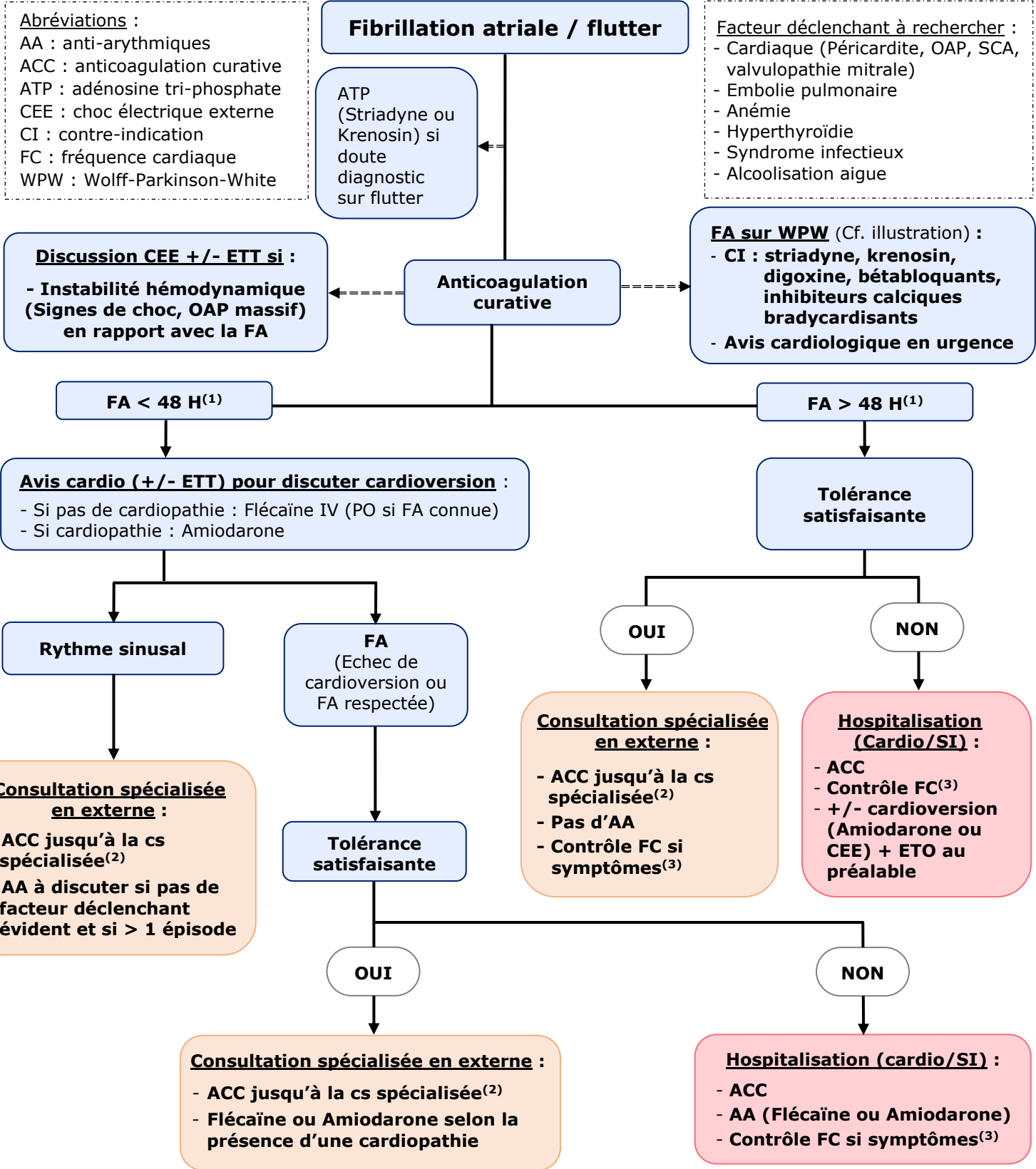
b. Traitement Anti-arythmique (AA) :

- Pour réduction :
 - En l'absence de cardiopathie : Flecaïnide IV 1,5-2 mg/kg sur 10 minutes qu'après avis cardiologique
 - Si cardiopathie : Amiodarone IV 5-7 mg/kg en 1 à 2 heures (A de 150 mg) sauf CI (Contre-indication)
- En traitement de sortie après réduction, au cas par cas : Amiodarone, Flecaïnide, Sotalol en respectant les CI.

c. Contrôle de la fréquence cardiaque :

Bêtabloquants per os (Ex : Bisoprolol 2,5 mg à 10 mg/j) ou Inhibiteurs calcique per os (Ex : Verapamil 40 à 360 mg/j po ou Diltiazem 120 à 360 mg/j) à privilégier en l'absence de CI en particulier en l'absence de signes d'insuffisance cardiaque ou de dysfonction VG systolique connue. Dans certains cas quand le traitement par Bêtabloquants ou Inhibiteurs calciques est contre indiqué ou insuffisant : penser à l'Amiodarone en prenant compte son potentiel de cardioversion. Esmolol (Brevibloc) en IV si nécessaire.





(1) Si patient porteur d'un PM ou d'un DAI : interroger l'appareil.
 (2) La poursuite de l'anti-coagulation curative sera décidée, en fonction du score de CHA₂DS₂-VASc (Cf. ci-dessous).
 (3) Objectif pour le contrôle de la FC : < 110 bpm.

Score de CHA₂DS₂-VASc :
 ACC si score ≥ 2 chez l'homme / ≥ 3 chez la femme :

	Points
C : insuffisance Cardiaque chronique ou √° de FEVG	<input type="checkbox"/> 1
H : HTA (140/90 mm Hg) ou traitement anti-HTA	<input type="checkbox"/> 1
A : Âge ≥ 75 ans	<input type="checkbox"/> 2
D : Diabète	<input type="checkbox"/> 1
S : AVC (Stroke), AIT ou accident thrombo-embolique	<input type="checkbox"/> 2
V : Pathologie Vasculaire	<input type="checkbox"/> 1
A : Âge 65-74 ans	<input type="checkbox"/> 1
SC : Sexe féminin (Sexe Category)	<input type="checkbox"/> 1