

Diagnostic et prise en charge du patient âgé

Anticoagulation en cas de fibrillation atriale

La fibrillation atriale est fréquente au cours du vieillissement en particulier en cas d'insuffisance cardiaque associée. Le risque thromboembolique artériel notamment d'accident vasculaire cérébral justifie une anticoagulation préventive qui sera souvent prolongée. Les paramètres de la décision d'instituer ce traitement reposent sur un niveau de preuve élevé en faveur de leur utilisation qui doivent par ailleurs appréhender le risque hémorragique qui lui demeure individuel.



Vorhofflimmern ist während des Alterns insbesondere bei assoziiert Herzinsuffizienz häufig. Das arterielle thromboembolische Risiko, vor allem für ein zerebrovasculäres Ereignis, rechtfertigt eine präventive Antikoagulation, die oft verlängert wird. Die Parameter zur Entscheidung, diese Behandlung einzuleiten, basieren auf einem hohen Grad an Evidenz für ihre Anwendung und müssen auch das individuell verbleibende hämorrhagische Risiko erfassen.

La fibrillation atriale (FA) s'observe chez 10% des sujets âgés de plus de 80 ans (1,2). Cette fréquence augmente avec l'âge et en cas d'insuffisance cardiaque associée (le risque de survenue d'une FA est ainsi multiplié par 5 chez l'homme en cas d'insuffisance cardiaque). La FA peut être brève (moins de 48 heures) alors considérée comme paroxystique, persistante (jusqu'à 7 jours) ou prolongée voire permanente.

Sémiologie et conséquences

La FA est souvent découverte fortuitement ou à l'occasion de symptômes comme une syncope, une dyspnée, des palpitations, une insuffisance cardiaque décompensée, des douleurs thoraciques (3). La survenue d'un accident thromboembolique artériel (artères périphériques des membres inférieurs, digestives et surtout cérébro-vasculaires dans le territoire carotidien) constitue l'autre circonstance de découverte de cette arythmie. Le risque d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en cas de FA augmente avec l'âge (3% chez les adultes âgés de 60 à 69 ans et jusqu'à 23% après 80 ans). Les accidents thromboemboliques démasquant une FA (ex: AVC) sont souvent d'emblée graves (séquelles neurologiques) voire létales. Dans près de 35 % des AVC ischémiques une FA est associée et retenue comme en étant la cause (4). En cas de FA le risque annuel d'AVC ischémique est multiplié par 5 (5), ce risque étant majoré par l'existence d'autres comorbidités vasculaires comme une hypertension artérielle (HTA) ou un diabète (1).

Les AVC (qui sont la conséquence de la migration de thrombi cruriaux depuis les oreillettes dans la circulation artérielle), sont indirectement à l'origine de dépendance sévère (secondaire



Pr Philippe Chassagne
Lausanne

à l'AVC ou à des troubles aphasiques) ou de déclin cognitif ultérieurs voire de démence vasculaire avec un risque multiplié par 1.5 (6).

Implications pratiques:

La FA est donc une arythmie fréquente, fréquente chez le sujet âgé, associée à une morbi-mortalité accrue. La survenue de complications thrombo-emboliques artérielles est redoutable, en particulier l'AVC. En l'absence de prévention secondaire, les AVC sont volontiers récidivants.

Bedeutung für die Praxis:

Vorhofflimmern ist folglich eine nicht seltene Arrhythmie, die häufig bei älteren Menschen auftritt und mit erhöhter Morbidität und Mortalität einhergeht. Die Anzahl an arteriellen thromboembolischen Komplikationen – insbesondere an Schlaganfällen – ist beachtlich. Ohne sekundäre Prävention ist die Wahrscheinlichkeit für wiederkehrende Schlaganfälle höher.

Traitement de la fibrillation atriale

Le traitement de la FA (paroxystique ou prolongée) a trois objectifs :

- ▶ traiter la cause (ex: ischémie myocardique, valvulopathie, hyperthyroïdie)
- ▶ ralentir voire réduire l'arythmie en ayant recours à des médicaments (ex: anticalciques, amiodarone, bêta-bloquants) ou à des méthodes d'ablation ou de cardioversion
- ▶ prévenir la survenue d'un accident thromboembolique en recourant à une anticoagulation le plus souvent prolongée qui est à l'origine de fait d'un risque hémorragique. Les dispositifs d'occlusion chirurgicale ou percutanée de l'auricule gauche qui sont une alternative aux anticoagulants ne seront pas développés dans cet article.

Anticoagulation dans la FA: justifications, bénéfice/risque, options thérapeutiques

Le risque d'AVC dans la FA est significativement réduit de près de 18% par année de traitement soit de 68% sur 5 années (7). Des scores sont proposés pour évaluer la probabilité d'AVC chez des

TAB. 1 Paramètre décisionnel de l'initiation d'un traitement anticoagulant chez un malade âgé

Paramètre	Proposition	Contre-indication
Antécédent d'hémorragie récente grave dont hématome intracrânien		Contre-indication majeure
HTA instable		Contre-indication moyenne
Chutes sans traumatisme crânien	Adaptation de l'environnement	Relative
Données pharmacologiques (fonction rénale, poids corporel) pour les AOD	Contrôle régulier de la filtration glomérulaire et en cas de pathologie aiguë	Majeure si IRC (selon le seuil validé)
Prescription d'autres anti-thrombotiques (antiagrégants plaquettaires)	Révision de la pertinence de l'association	Si FA et risque cardiovasculaire associé privilégier l'anticoagulation

malades ayant une FA et donc mesurer l'intérêt de la prévention de la maladie tel le « CHADS VASC 2 » (8). En pratique, ces scores qui sont tous élevés par exemple après 80 ans (du fait même de l'âge) plaident toujours pour l'instauration d'une anticoagulation chez les sujets âgés. Ils sont de fait peu déterminants dans ce processus de décision à cet âge.

Implications pratiques:

En pratique, le bénéfice d'un traitement anticoagulant prolongé chez un malade âgé ayant une FA est pondéré par le risque hémorragique associé. Ce risque hémorragique est redouté chez les malades ayant des antécédents de chutes et/ou de traumatismes crâniens. Cette balance bénéfice/risque est à l'origine d'une abstention thérapeutique majeure.

Bedeutung für die Praxis:

In der Praxis wird bei einem älteren Patienten mit Vorhofflimmern der Nutzen einer verlängerten Behandlung mit Antikoagulanzen durch das damit verbundene hämorrhagische Risiko gewichtet. Dieses Blutungsrisiko wird besonders bei Patienten mit vorgängigen Stürzen und /oder Schädeltraumata gefürchtet. Das Nutzen-/Risikoverhältnis ist ausschlaggebend für eine Entscheidung, nicht zu therapieren.

On estime actuellement que la proportion de sujets ne recevant pas une anticoagulation préventive efficace malgré une FA est de 50% tant dans la population communautaire (9) qu'institutionnelle (2). Ainsi un malade sur deux ayant une FA ne recevra pas de traitement anticoagulant malgré un niveau de preuve élevé. Par anticoagulation efficace on entend : une prescription régulière et continue, dont l'efficacité par exemple pour les anti-vitamines K (AVK) est attestée sur un INR stable (sans variabilité) compris entre 2 et 3 pendant plus de 70% du temps (« *Time in Therapeutic Range* »). Cette notion de TTR est la traduction d'une anticoagulation efficace (assurant une bonne prévention) et sécurisée (exposant à un risque hémorragique faible).

Une alternative aux AVK est désormais possible en recourant à des médicaments ayant des propriétés anticoagulantes différentes (anti-thrombine ou anti-X A) globalement dénommés *Anticoagulant Oral Direct*. Leur efficacité en termes de prévention des AVC

a été validée dans des essais randomisés par comparaison aux AVK (critère de non infériorité); ils ont aussi fait l'objet de sous-analyses sur de larges échantillons de personnes âgées (10). Pour certains d'entre eux, le risque hémorragique digestif et surtout intracrânien est inférieur aux AVK. Leur marge thérapeutique étroite nécessite une bonne observance via une prise quotidienne unique ou en deux fois. Ils ne nécessitent pas (à la différence des AVK) de monitoring biologique pour adapter leur posologie.

Implications pratiques:

En résumé, le traitement médicamenteux préventif des AVC repose sur la prescription prolongée et encadrée d'anticoagulants. Sous réserve de contre-indications particulières (ex: interaction médicamenteuse, insuffisance rénale chronique) les anticoagulants oraux directs (AOD) représentent une alternative aux AVK dont l'efficacité reste valide au détriment cependant d'une labilité de l'anticoagulation et d'un risque hémorragique qui semble supérieur (en particulier cérébral).

Bedeutung für die Praxis:

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die präventive medikamentöse Behandlung des Schlaganfalls auf einer verlängerten und kontrollierten Verschreibung von Antikoagulanzen beruht. Orale Antikoagulanzen stellen – vorbehaltlich spezifischer Kontraindikationen (z.B. medikamentöse Wechselwirkungen, chronische Niereninsuffizienz) – eine Alternative zu VKAs dar, die zwar wirksam sind, deren Wirksamkeit aber Schwankungen unterliegt und die ein scheinbar höheres hämorrhagisches Risiko (insbesondere zerebral) aufweisen.

Instauration d'un traitement anticoagulant chez un malade âgé ayant une FA

Le tableau 1, basé essentiellement sur l'expérience professionnelle, liste les questions nécessaires à appréhender avant l'institution d'un traitement anticoagulant.

En terme de prérequis, puisque l'indication de l'anticoagulation dans une FA est valide il convient de s'enquérir prioritairement a) de la compliance générale au traitement du malade et, b) de sa compétence cognitive et/ou de celle de son entourage. Si un déclin cognitif est patent ou suspecté l'éducation thérapeutique sera alors difficile

ainsi que l'observance. L'administration médicamenteuse contrôlée par un tiers et si possible directement (et non uniquement par l'intermédiaire d'une disposition de type semainier) est indispensable. Les précautions d'emploi du médicament en particulier d'un AOD doivent être connues dont le faible poids corporel et l'insuffisance rénale (11) conditions exposant à un risque hémorragique. Compte tenu de la fluctuation de la fonction rénale chez les personnes âgées, un contrôle régulier de ce paramètre est recommandé.

La notion de chutes ne doit pas constituer (à elle seule) une contre-indication aux anticoagulants en dehors de celles compliquées d'hémorragie intracrânienne. Un antécédent récent d'AVC ischémique étendu est une contre-indication initiale aux anticoagulants au risque de voir survenir un ramollissement hémorragique. Un résident d'EMS ayant une FA et dont l'espérance de vie reste préservée doit bénéficier d'un traitement anticoagulant. Chez les malades traités par AVK au long cours, une labilité de l'INR (facteur de risque majeur d'hémorragie figurant dans le score HAS-Bled) (12) sans cause identifiée (en particulier sans interaction médicamenteuse) (13) fera reconsidérer le traitement anticoagulant en vérifiant l'adhésion du malade à son traitement et en substituant éventuellement les AVK au profit d'un AOD.

Pr Philippe Chassagne

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Chemin de Mont-Paisible 16, 1011 Lausanne
philippe.chassagne@chuv.ch

Cet article est une version adaptée de « la gazette médicale » 01_2018

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références :

1. Go AS et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001;285(18):2370-5
2. Bahri O et al. Underuse of oral anticoagulation for individuals with atrial fibrillation in a nursing home setting in France: comparisons of resident characteristics and physician attitude. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(1):71-6
3. Hald J et al. Opportunistic screening for atrial fibrillation in a real-life setting in general practice in Denmark—The Atrial Fibrillation Found On Routine Detection (AFFORD) non-interventional study. Chamberlain AM, editor. *PLOS ONE* [Internet] 2017 Nov 13 [cited 2017 Nov 23];12(11):e0188086. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0188086>
4. Wolf PA et al. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. *Arch Intern Med* 1987;147(9):1561-4
5. Kannel WB et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998;82(8A):2N-9N
6. Dublin S et al. Atrial fibrillation and risk of dementia: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(8):1369-75
7. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 1994;154(13):1449-57
8. Lip GYH 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(2):263-72
9. Ogilvie IM et al. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med* 2010;123(7):638-45.e4
10. Sommerauer C et al. Effectiveness and safety of vitamin K antagonists and new anticoagulants in the prevention of thromboembolism in atrial fibrillation in older adults – a systematic review of reviews and the development of recommendations to reduce inappropriate prescribing. *BMC Geriatrics* [Internet] 2017 Oct [cited 2017 Nov 23];17(S1). Available from: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0573-6>
11. Nishimura M, Hsu JC. Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation and End-Stage Renal Disease. *Am J Cardiol* [Internet] 2017 Oct [cited 2017 Nov 23]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002914917316028>
12. Lip GYH et al. Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. *J Am Coll Cardiol* 2011;57(2):173-80
13. Chang S-H et al. Association Between Use of Non-Vitamin K Oral Anticoagulants With and Without Concurrent Medications and Risk of Major Bleeding in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *JAMA* [Internet] 2017; Oct 3 [cited 2017 Nov 23];318(13):1250. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.13883>