

*Faculté de Médecine de Marseille
Université Aix – Marseille II*

Maître de stage : Jean-Pierre JACQUEMART

Rapport de stage :

Fibrillation auriculaire chronique et Médecine Générale

Septembre 2007

Damien HUGUES
Interne DES MG

Au docteur JACQUEMART Jean-Pierre,

Pour sa passion de la Médecine.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 1 |
| 1. Présentation du cas clinique..... | 4 |
| 1.1 Antécédents..... | 4 |
| 1.2 Consultation..... | 6 |
| 2. Prise en charge de la fibrillation auriculaire chronique : Recommandations et consensus...9 | |
| 2.1 Bilan initial..... | 9 |
| 2.2 Prise en charge thérapeutique..... | 11 |
| 3. Prise en charge de la fibrillation auriculaire et spécificités de la Médecine Générale.....16 | |
| 3.1 Le premier recours..... | 16 |
| 3.2 La prise en charge globale..... | 16 |
| 3.3 La coordination des soins..... | 17 |
| 3.4 La continuité des soins..... | 19 |
| 3.5 Le rôle d'acteur de santé publique..... | 21 |
| Conclusion..... | 22 |
| Bibliographie..... | 23 |

Introduction

La prévalence de la fibrillation auriculaire (F.A.), est de l'ordre de 0,4 % à 1 % dans la population générale, et augmente rapidement avec l'âge. Survenant chez moins de 1 % des sujets de moins de 60 ans, sa prévalence est supérieure à 8 % chez ceux de 80 ans et plus. La prévalence de la F.A. augmente avec la sévérité de l'insuffisance cardiaque congestive ou de l'atteinte valvulaire cardiaque associée ; elle semble également augmenter dans la population générale.

L'objectif de ce rapport est d'explicitier la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade souffrant de fibrillation auriculaire chronique, après avoir pris le soin d'exposer un cas clinique rencontré lors d'une consultation. Nous nous attacherons dans un troisième temps à faire ressortir les spécificités de la Médecine Générale au travers de la prise en charge de cette pathologie.

1. Présentation du cas clinique

Mr F., patient de sexe masculin âgé de 67 ans, assuré social, en affection de longue durée (A.L.D.), ayant exercé la profession de charcutier (actuellement retraité), est venu consulter au cabinet médical pour suivi de son état de santé et renouvellement de traitement.

1.1 Antécédents

Dans ses antécédents médicaux, on note :

- Au niveau cardio-vasculaire :
 - Une hypertension artérielle (HTA) évoluant depuis 1991, et actuellement bien équilibrée par le traitement associant 3 classes.
 - Une cardiomyopathie hypertensive dilatée et hypokinétique depuis 1991, avec insuffisance cardiaque gauche associée (FeVG = 50%), sans décompensation jusqu'à ce jour.
 - Un diabète de type 2 découvert en 2002, actuellement bien équilibré par l'association de 2 anti-diabétiques oraux (HbA1c à 5.1%).
 - Un surpoids.
 - Pas de dyslipidémie connue.
- Au niveau pulmonaire et O.R.L. :
 - Une rhino-conjonctivite et un asthme en rapport avec une allergie aux acariens, diagnostiquée en 1965.
 - Une polypose nasale ne s'intégrant pas dans un syndrome de Widal (Absence d'allergie à l'aspirine).

- Ainsi qu' :
 - Une arthrose prédominant au niveau rachidien.
 - Un dolichocôlon diagnostiqué lors d'une coloscopie en 2006.
 - Un syndrome dépressif.

Dans ses antécédents chirurgicaux, on constate :

- Une intervention dans le cadre d'un canal lombaire étroit en 1995.
- Une chirurgie de la cloison nasale.
- Une résection transurétrale de la prostate en 2003 dans un contexte d'hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique (P.S.A. à 0,05 ng/mL lors du dernier contrôle).

De plus, on note une allergie à la pénicilline et un tabagisme sevré depuis l'âge de 44 ans et estimé à 20 P.A.

Son traitement habituel comporte :

- CIBRADEX 10mg/12,5mg, MONOTILDIEM LP 300mg
- DIAMICRON 30mg, STAGID 700mg
- RHINOCORT, ATROVENT 0,03% solution nasale
- SERETIDE diskus 250 et 500
- XYZALL 5mg, MULTICROM 2% collyre
- CELEBREX 200mg
- DEXTROPROPOXYPHENE – PARACETAMOL et PANOS si douleur
- URBANYL 5mg
- STILNOX 10mg
- NORMACOL en sachets, EDUCTYL suppositoire

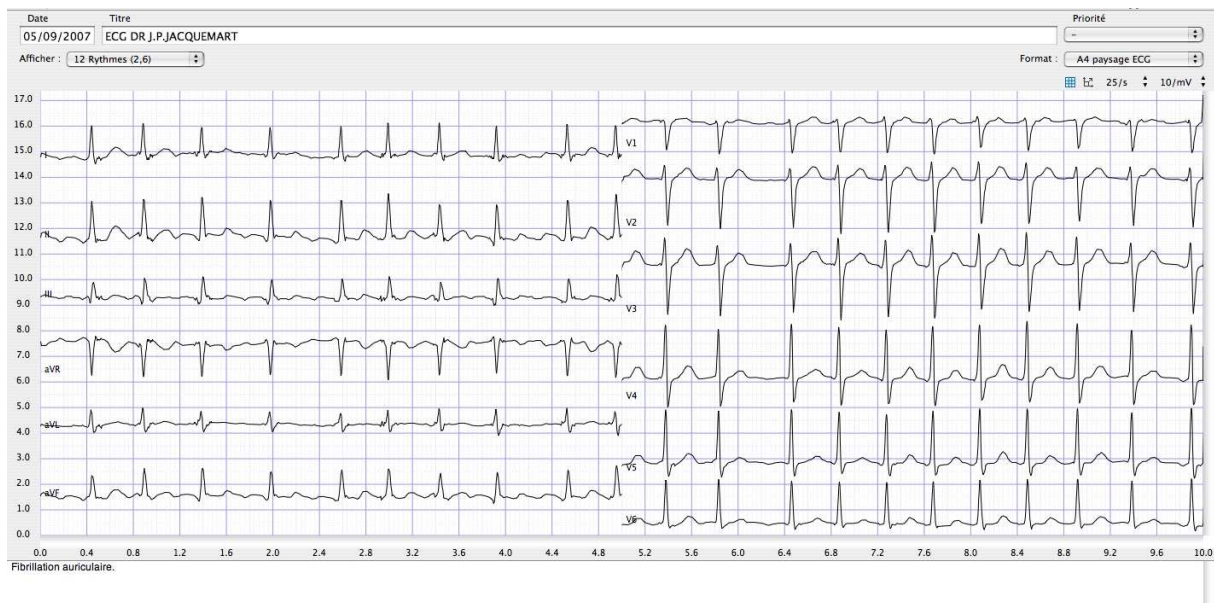
- OGASTORO 15mg
- CHIBRO-PROSCAR 5mg

1.2 Consultation

Ce patient connu depuis 1998 consulte tous les 3 mois de manière systématique pour la surveillance de ses pathologies, notamment HTA et diabète.

Lors d'une de ces consultation de suivi, une fibrillation auriculaire est découverte sur un mode asymptomatique. En effet, Mr F. ne présente aucune plainte fonctionnelle. L'examen du patient révèle un pouls rapide à 120 bpm et irrégulier aussi bien en fréquence qu'en intensité. La tension artérielle est à 120 / 70. L'auscultation cardiaque montre une tachycardie irrégulière sans souffle perçu. Il n'existe ni signe de décompensation cardiaque, ni trouble de l'hémodynamique. Le reste de l'examen est sans particularité.

Un électrocardiogramme est réalisé et confirme le diagnostic de fibrillation auriculaire, en montrant un rythme irrégulier, l'absence d'onde P, des QRS fins, et la présence d'ondes f. Une hypertrophie ventriculaire gauche est associée (indice de Sokolow à 40mm).

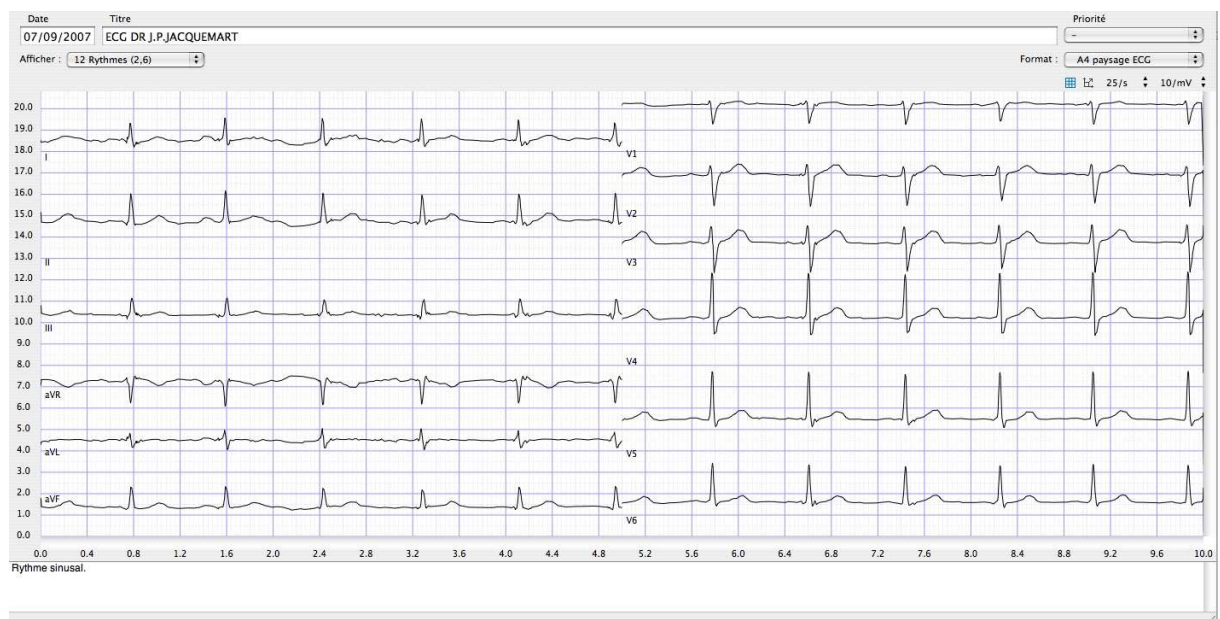


Ainsi, le diagnostic de premier épisode de fibrillation auriculaire est posé chez un patient de 67 ans, hypertendu, diabétique et insuffisant cardiaque modéré, sans facteur déclenchant retrouvé. Le début de l'épisode ne pouvant être précisé du fait du caractère asymptomatique de celui-ci, on considère qu'il s'agit d'une FA chronique.

En collaboration avec le cardiologue joint par téléphone (ECG et dossier clinique du patient transmis par email), la stratégie de prise en charge ambulatoire de Mr F. a été élaborée :

- Explication de la pathologie au patient et des modalités du traitement en vue d'une bonne observance.
- Réalisation d'un bilan biologique comportant TSH, créatinine, plaquettes.
- Anticoagulation à visée curative par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) : choix de l'INNOHEP 0,8 mL car possibilité d'une seule injection S/C quotidienne.
- Mise sous AMIODARONE 200mg 2 comprimés par jour pendant 8 jours
- Consultation spécialisée cardiologique prévue à 7 jours.
- Renouvellement du traitement habituel.
- Programmation de la surveillance clinique et biologique.

Quarante-huit heures après, le patient est revu en consultation. L'examen clinique réalisé et l'électrocardiogramme (ECG) montrent un retour en rythme sinusal.



La biologie réalisée est normale.

L'HBPM est arrêtée et un relais par KARDEGIC 160mg est entrepris.

La consultation cardiologique intervenant à une semaine, comme planifiée, confirme le retour à un rythme sinusal, et propose la poursuite du traitement par AMIODARONE 200mg à 1 comprimé journalier pendant un mois, puis un relais par RYTHMOL 1 comprimé 2 fois par jour, ainsi que la poursuite du KARDEGIC 160mg. L'échographie cardiaque réalisée retrouve une stabilité de l'atteinte cardiaque.

2. Prise en charge de la fibrillation auriculaire chronique :

Recommandations et consensus

2.1 Bilan initial

Les objectifs à avoir à l'esprit lors du bilan initial d'une F.A. sont :

- Confirmer le diagnostic de F.A. (ECG).
- Rechercher les signes d'instabilité hémodynamique.
- Identifier les pathologies associées, majorant le risque thromboembolique ou hémorragique.
- Rechercher des facteurs déclenchants potentiellement réversibles.
- Essayer secondairement de préciser son type de F.A. en fonction de l'anamnèse.
- Informer le patient et ses proches.

L'évaluation du patient présentant une fibrillation auriculaire est du domaine du médecin traitant ou du médecin spécialiste cardiologue.

Le bilan de base comporte :

- à l'examen clinique, la recherche de symptômes associés à la FA (dyspnée, palpitations, malaise, syncope, fatigue, gêne thoracique, AVC / AIT), les signes d'instabilité hémodynamique, la fréquence, la durée, la recherche d'épisodes antérieurs et la réponse aux traitements pharmacologiques, le type de FA, l'existence de facteurs déclenchants.
- un ECG de repos qui pose le diagnostic de FA, qui précise la fréquence cardiaque, et qui recherche des arguments en faveur d'une cardiopathie sous-jacente (hypertrophie

ventriculaire gauche, bloc de branche, séquelle d'infarctus du myocarde, ...) et un événement ischémique associé

- des examens biologiques : TSH, glycémie, créatininémie, kaliémie, hémogramme, plaquettes, TQ.
- une échocardiographie transthoracique à la recherche d'éléments en faveur d'une cardiopathie sous-jacente (FeVG, HVG, valvulopathies...) et d'événements déclenchants (péricardite...)
- d'autres examens complémentaires qui peuvent parfois être utiles : radiographie thoracique (recherche d'anomalies pulmonaires), échocardiographie transoesophagienne (afin de rechercher un thrombus intracardiaque), holter ECG, épreuve d'effort, étude électrophysiologique...

Tous les patients présentant une FA doivent avoir une estimation du risque thromboembolique. L'estimation de ce risque est essentielle à la prise en charge thérapeutique.

| Facteurs de risque d'accident thromboembolique | |
|---|------------------------|
| Haut risque | Risque modéré |
| Antécédent d'AVC, d'AIT ou d'embolie systémique | Age \geq 75 ans |
| Valvulopathie (rétrécissement mitral) | HTA |
| Prothèse valvulaire cardiaque | Insuffisance cardiaque |
| | FeVG $<$ 35 % |
| | Diabète |

La recherche de pathologies cardiaques sous-jacentes et de conditions favorisantes réversibles est essentielle.

| Pathologies cardiaques sous-jacentes | Conditions favorisantes |
|--|--|
| HTA | Fièvre |
| Valvulopathies, le plus souvent mitrales | Pathologie pulmonaire : E.P., pneumopathie |
| Insuffisance cardiaque | Hyperthyroïdie |
| Insuffisance coronaire | Intoxication alcoolique |
| | Insuffisance cardiaque congestive |
| | Péricardite |

2.2 Prise en charge thérapeutique

Les objectifs de la prise en charge thérapeutique consiste en :

- la diminution de la gêne fonctionnelle
- la prévention des complications thromboemboliques
- la prévention de la récurrence
- la prévention de l'aggravation d'une éventuelle cardiopathie sous-jacente.

Lors de la première visite, la stratégie globale doit être discutée avec le patient et en considérant les éléments suivants :

- l'âge du patient
- le type de FA (s'il est déjà possible de le déterminer)
- le type et la sévérité des symptômes
- la cardiopathie sous-jacente et les pathologies associées
- le risque thromboembolique.

La prise en charge du patient présentant une FA est du domaine du médecin traitant et du cardiologue. La décision et la mise en oeuvre d'une éventuelle cardioversion et la prescription d'un traitement antiarythmique de maintien du rythme sinusal, en prévention des récurrences, revient au cardiologue.

On peut distinguer les épisodes de FA en :

- FA aiguë : premier épisode de F.A. et apparition depuis moins de 48h
- FA paroxystique : épisodes de FA en alternance avec des périodes de rythme sinusal (RS)
- FA chronique : FA existant depuis plus de 48h
 - FA chronique persistante si une remise en RS est possible par cardioversion
 - FA chronique permanente s'il existe une résistance aux cardioversions.

On considère qu'un premier diagnostic de FA chez un patient asymptomatique (ne pouvant indiquer le début de l'épisode) est une F.A. chronique.

La stratégie de traitement de la FA chronique se décompose en 4 phases :

- *Le contrôle de la réponse ventriculaire*

Le VERAPAMIL, le DILTIAZEM (tous deux inhibiteurs calciques bradycardisants), et dans certaines indications les β -BLOQUANTS, sont plus efficaces que la DIGOXINE lorsqu'ils sont proposés en traitement oral au long cours pour le contrôle de la réponse ventriculaire, et devraient constituer les médicaments de premier choix dans cette indication (*EBM niveau A*).

- *Le contrôle du rythme cardiaque (cardioversion)*

Elle relève d'un avis spécialisé. Elle comporte un risque d'accident thromboembolique qui justifie un traitement anticoagulant à doses curatives, si l'épisode de FA date de plus de 48 heures.

L'alternative est la suivante :

- cardioversion retardée avec anticoagulation avant et après cardioversion
- cardioversion précoce précédée d'une anticoagulation courte par héparine en l'absence de thrombus intracardiaque à l'échocardiographie transoesophagienne, et suivie d'une anticoagulation pendant quatre semaines après cardioversion.

La cardioversion pharmacologique est d'autant plus efficace qu'elle est débutée tôt, dans les 7 jours suivant l'installation de la FA. Le traitement pharmacologique, hormis les faibles doses d'AMIODARONE, doit généralement être débuté à l'hôpital, pour surveiller la survenue possible d'effets proarythmiques ou de décompensation cardiaque.

La cardioversion électrique par choc électrique externe est réalisée sous anesthésie.

- *La prévention des accidents thromboemboliques*

La grande majorité des patients ont besoin d'un traitement antithrombotique (AVK ou aspirine) au long cours pour réduire le risque de survenue d'un accident thromboembolique :

- les AVK sont le traitement recommandé chez les patients à haut risque ; l'objectif à atteindre est un INR entre 2 et 3
- l'aspirine est indiquée à la posologie de 75 à 325 mg/jour chez les patients à faible risque
- les AVK ou l'aspirine sont prescrites chez les patients à risque modéré, en fonction du contexte et des préférences de ces derniers.

| Catégorie de risque | |
|----------------------------------|---|
| Facteurs de risque modéré | Facteurs de risque élevé |
| Âge ≥ 75 ans | Antécédent d'AVC, AIT ou d'embolie systémique |
| Hypertension artérielle | Valvulopathie (Rétrécissement mitral) |
| Insuffisance cardiaque | Valve cardiaque prothétique |
| FeVG < 35 % | |
| Diabète | |

| Traitement antithrombotique au long cours chez les patients en FA | |
|--|----------------------------------|
| Pas de facteur de risque | Aspirine 75-325 mg / jour |
| 1 facteur de risque modéré | Aspirine 75-325 mg / jour ou AVK |
| 1 facteur de risque élevé ou > 1 FDR modéré | AVK (INR 2,0-3,0 ; cible 2,5) |

Un traitement antithrombotique doit être instauré avant la cardioversion pour prévenir les AVC ischémiques et les embolies systémiques. Chez les patients en FA depuis plus de 48 heures, ou lorsque l'ancienneté de la FA n'est pas connue, un traitement par AVK est recommandé (INR 2,0-3,0) durant au moins 3 semaines avant et au moins 4 semaines après la cardioversion, quelle que soit la méthode employée pour restaurer le rythme sinusal (électrique ou pharmacologique).

Chez les patients à haut risque thromboembolique (notamment antécédent d'AVC / AIT ou d'embolie systémique) ou dont le risque n'est pas encore évalué, le traitement peut être initié par héparine. La nature de l'héparine et sa posologie doivent être discutées au cas par cas en fonction du risque thrombotique et hémorragique propre au patient.

En ambulatoire, le recours aux HBPM offre un intérêt, lorsque l'on envisage une anticoagulation de plus courte durée, en projetant une remise en rythme sinusal. Une échographie transoesophagienne devra être effectuée pour vérifier l'absence de thrombus

avant de réaliser la remise en rythme sinusal. Le traitement sera poursuivi durant quatre semaines après la remise en rythme sinusal.

- *Le maintien du rythme sinusal et la prévention des récurrences*

Dans la pratique, les antiarythmiques utilisés sont, dans l'ordre de préférence, la FLECAINIDE, l'AMIODARONE, la PROPAFENONE, le SOTALOL et le DISOPYRAMIDE. Le choix d'un médicament donné est avant tout fonction du risque spécifique de survenue d'effets indésirables dépendant des antécédents du patient. Tous ces médicaments peuvent entraîner des effets indésirables graves, cardiaques (notamment des effets pro-arythmiques) et non cardiaques, et un avis cardiologique spécialisé est nécessaire avant leur prescription.

- *Le traitement étiologique*

Lorsqu'une cause est mise en évidence.

L'hospitalisation est indiquée en cas de conditions hémodynamiques compromises, chez les patients à haut risque thromboembolique, si les conditions de sécurité pour envisager une cardioversion pharmacologique au domicile ne sont pas bonnes, si une cardioversion électrique urgente est indiquée (OAP, infarctus ou angor instable) et si échec de cardioversion médicamenteuse, en vue d'une cardioversion électrique.

La décision d'une cardioversion et de la mise route d'un traitement pour maintenir le rythme sinusal et prévenir les récurrences de FA appartient au spécialiste.

3. Prise en charge de la fibrillation auriculaire et spécificités de la Médecine Générale

3.1 Le premier recours

Le médecin généraliste étant le plus souvent le premier contact avec le système de soins, il va être à l'origine de la découverte d'une F.A. Ce trouble du rythme pourra être asymptomatique et diagnostiqué au cours d'une consultation systématique (ou réalisée suite une plainte fonctionnelle sans lien direct), ou bien être à l'origine de symptômes allant de simples palpitations à l'instabilité hémodynamique.

3.2 La prise en charge globale

Le médecin généraliste se base sur une approche centrée autour du patient (aspect physique, psychologique, social et culturel).

Ainsi, l'éducation thérapeutique dans le cadre de la fibrillation auriculaire doit débiter au moment du diagnostic et se poursuivre lors de chaque consultation de suivi, en prenant le patient dans sa globalité. Le patient devra intégrer les informations suivantes :

- le trouble du rythme et ses symptômes, en particulier les signes d'alarme qui doivent conduire à une adaptation du traitement et à une consultation
- les traitements antiarythmiques prescrits, les effets indésirables possibles des traitements, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats

- lors de l'instauration d'un traitement par AVK, chaque patient doit recevoir une éducation spécifique avec des explications concernant :
 - le but du traitement, ses risques, les principes de l'INR et de l'adaptation des doses
 - les adaptations éventuelles de son mode de vie (activités professionnelles et sportives), et de son alimentation (stabilité du régime, notamment vis-à-vis des aliments riches en vitamine K), à bien évidemment pondérées en fonction des autres pathologies du patient
 - les traitements à interrompre dans la mesure du possible, les médicaments à éviter, une mise en garde sur les dangers de l'automédication
 - les principaux signes de surdosage et de sous-dosage, ainsi que la conduite à tenir en urgence en cas d'accident.

Il importe de faire en sorte que le patient bénéficie de la meilleure éducation thérapeutique possible afin d'optimiser son autonomie.

3.3 La coordination des soins

Le suivi du patient ayant une F.A. est du domaine du médecin traitant qui sera au centre de la coordination des soins, en ayant recours au cardiologue, et au biologiste en cas de traitement anticoagulant.

En effet, la plupart des patients vont bénéficier d'un suivi assuré par le cardiologue, en général qu'une fois par an. Ce suivi peut être plus rapproché dans certaines situations particulières, notamment en cas de :

- valvulopathie, insuffisance cardiaque, insuffisance coronaire

- cardioversion
- signe d'instabilité
- introduction ou de modification du traitement antiarythmique.

D'autres professionnels pourront intervenir à la demande du médecin traitant :

- infirmière pour les injections et les prélèvements sanguins, ou pour le respect du schéma thérapeutique
- pneumologue, s'il existe une pathologie pulmonaire sévère associée
- gériatre pour les personnes âgées polypathologiques, en particulier souffrant de troubles cognitifs.

Le rôle du médecin traitant sera prépondérant dans la coordination des soins chez un patient sous anticoagulant ou antiagrégant : arrêt de ces traitements avant chirurgie, soins dentaires, endoscopies,...

Le médecin généraliste sera au cœur de l'articulation ville-hôpital. Si la FA a entraîné une hospitalisation, le retour à domicile doit être organisé. Le médecin traitant, informé du plan de prise en charge prévu, organise la poursuite du traitement. Le patient et son entourage disposent d'informations précises sur les éléments à surveiller au retour à domicile. La prévention des complications et des réhospitalisations repose sur la surveillance et la correction :

- de complications médicales (INR non contrôlé, HTA non contrôlée...)
- d'une mauvaise observance du traitement, des mesures hygiéno-diététiques...
- d'un manque de soutien social.

Comme abordée précédemment, la structuration de l'éducation thérapeutique est une voie à privilégier. Les actions d'éducation requièrent le concours de différents professionnels de la santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des malades ou par une éducation de groupe. L'observance du traitement dépend du développement d'une coopération thérapeutique dans la relation médecin-malade, incluant un volet éducatif personnalisé, et de la coordination entre les différents acteurs de la santé intervenant auprès du patient.

3.4 La continuité des soins

Le médecin traitant assure des soins continus, et met en place le suivi de la pathologie.

Le suivi de la FA repose sur une évaluation clinique et biologique, en particulier la fréquence cardiaque et l'INR, dont les objectifs sont :

- S'assurer que le patient et son entourage ont bien compris les mesures de surveillance et le traitement
- Réévaluer régulièrement le risque thromboembolique et le rapport bénéfice-risque du traitement anticoagulant
- Réévaluer le rapport bénéfice-risque du traitement antiarythmique
- S'assurer que la prise en charge est adaptée.

Le suivi clinique sera basé sur la consultation dont l'interrogatoire se concentrera sur les signes fonctionnels cardiaques, les activités de la vie quotidienne, l'évaluation du risque emboligène. L'examen clinique précisera le rythme cardiaque et la tension artérielle. Ces consultations doit être espacées au maximum de 6 mois chez un patient équilibré. Il faudra s'assurer que la prise en charge est adaptée, en réévaluant le traitement, qui doit être le plus simple possible, et en prenant en compte les changements utiles et les effets secondaires

possibles. Des récurrences trop fréquentes de FA doivent faire revoir le traitement. L'observance médicamenteuse sera appréciée et le patient sensibilisé à celle-ci.

La surveillance biologique comportera :

- INR s'il existe un traitement anticoagulant dont la fréquence sera d'une 1 à 2 fois par semaine lors de l'initiation du traitement, puis au minimum tous les mois chez un patient stabilisé.
- Natrémie, kaliémie, créatininémie et calcul de la clairance.
- TSH : tous les 6 mois s'il existe un traitement par AMIODARONE.

Le suivi paraclinique comprendra :

- Un ECG de repos en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.
- Un holter rythmique en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, pour vérifier que la fréquence cardiaque est contrôlée.
- Une radiographie thoracique si nécessaire.
- Une échocardiographie transthoracique en cas de pathologie associée (atteinte valvulaire importante), ou en cas de signe d'appel.
- Une épreuve d'effort chez les personnes ayant conservé une activité importante, pour vérifier que la fréquence cardiaque est contrôlée.

3.5 Le rôle d'acteur de santé publique

Le médecin généraliste a une action de promotion et d'éducation pour la santé.

Concernant la F.A., pathologie fréquente, il sera l'acteur du suivi et de l'éducation du patient, ce qui conduira à éviter les complications de la pathologie, et donc, à éviter les hospitalisations et à prévenir le handicap.

De plus, le médecin traitant sera vigilant quant à la iatrogénie des traitements, comme l'apparition de pathologies thyroïdiennes ou pulmonaires chez un patient sous AMIODARONE, ou les interactions médicamenteuses avec les AVK, ou bien encore les complications hémorragiques.

Conclusion

Ainsi, la majorité des patients présentant une F.A. peuvent être gérés de manière ambulatoire grâce à un suivi précis organisé par le Médecin Généraliste, médecin qui aura à sa disposition un électrocardiographe l'assistant dans son diagnostic clinique (diagnostic initial ou récurrence), et qui aura à cœur de s'appuyer sur un réseau de professionnels de santé (cardiologue en particulier) par l'intermédiaire de systèmes de communication modernes (mail par exemple). La réussite de ce suivi sera directement corrélée à l'éducation du patient.

Bibliographie

Les principales sources utilisées ont été :

- les recommandations conjointes de l’American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA) et European Society of Cardiology (ESC) de 2006 : Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation (non transcrites en version française par la société française de cardiologie)
- les recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) de 2006 : The management of atrial fibrillation
- les fiches de transparence de l’H.A.S. sur la prise en charge de la FA (Mai 2007)
- les recommandations pratiques pour le traitement d’arythmies aiguës (BIWAC 2005) de la fibrillation auriculaire (SSMG 2002), pour la prise en charge de la fibrillation auriculaire (CBIP 2007), et pour l’anticoagulothérapie en ambulatoire (CMQ 2005)
- les recommandations pour le traitement antithrombotique dans la FA : Résultats de la cohorte Euro Heart Survey 2006
- les recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC) pour l’indication et la surveillance du traitement anticoagulant oral.
- la définition européenne de la Médecine Générale (WONCA 2002)