

Récit d'une situation complexe en ambulatoire

Cas de Fibrillation Auriculaire
Présenté le 11 Décembre 2008
Giovanni Audrey

1) INTRODUCTION

- Appel au domicile d'une patiente par son IDE à domicile
- Patiente de 80 ans, suivi régulièrement
- Autonome, vivant avec son mari
- Motif : Diarrhées invalidantes
Asthénie

2) Présentation du cas clinique

■ 2.1) Antécédents

-médicaux: HTA depuis 1993

Dyslipidémie

Artériosclérose

AIT Octobre 2006, avec
dysarthrie et hémiparésie gauche régressive, sur
probable sténose carotidienne

-chirurgicaux: Endartériectomie
bilatérale

Appendicectomie

- Traitement :
 - Zanidip 10
 - Kardegic 160
 - Tahor 80
 - Traitement par Triatec 5 avait été instauré en 2006 à visée de protection vasculaire.
- Il a été remplacé en septembre 2008 par l'Hytacond, devant une HTA difficile à contrôler.

Lors de la consultation d'Octobre 2008 avec le cardiologue, l'ECG était sinusal, avec pour mémoire un lambeau d'arythmie cardiaque par fibrillation, l'Hytacand avait été remplacé par -Cozaar 50

-Sotalol 80

traitement qu'elle prend encore actuellement.

2.2) Consultation

- Diarrhées liquidiennes depuis 3 jours
- Nausées sans vomissements
- Anorexie, vertiges
- TA : 12/7, Apyrexie, Pouls : 96.
- Pas de dyspnée, ni de douleur thoracique
- Les bruits du cœur sont irréguliers avec un léger souffle Aortique connu
- Présence d'un pli cutané

- Un ancien ECG de moins de 6 mois retrouvé à domicile montre un rythme sinusal

AU TOTAL : patiente de 80 ans, asthénique dans un contexte de déshydratation sur diarrhées aiguës, avec passage en arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire paroxystique.

3) Prise en charge, recommandations et consensus

A) Rappel

La FA : - disparition d'une activité
électrique auriculaire organisée

- dépolarisations anarchiques,
rapides, responsables d'une perte de
contraction auriculaire

- Trouble du rythme le plus
fréquent, s'accroît avec l'âge : 10% à
80 ans

Il existe différentes formes de FA (AHQR 2000, Fuster 2001) :

1. FA aiguë : FA installée en moins de 48h
2. FA paroxystique : épisode de FA dont la résolution est spontanée au moins à 1 occasion
3. FA chronique, avec :
 - FA persistance : durée >48h, sans résolution spontanée
 - FA permanente : durée >48h, résistante à toute tentative de cardioversion pharmacologique ou électrique

B) Critères de gravité et hospitalisation

- Hospitalisation non indispensable si bonne tolérance
- Hospitalisation si :
 - 1) Conditions hémodynamiques instables
 - 2) Risque de complications thrombo-emboliques élevé
- Toute FA mal tolérée (choc, OAP...) doit être réduite par choc électrique externe en urgence sous AG et anti coagulation efficace
- Une FA bien tolérée peut donc être prise en charge en ambulatoire

C) Evaluation du risque thrombo-embolique

- Risque thrombo-embolique élevé (risque annuel d'AVC de 10 à 12%) :
 - 1) ATCD personnel thrombo-embolique
 - 2) Age > 75 ans,
 - + diabète,
 - + ATCD d'HTA
 - 3) Décompensation cardiaque congestive, dysfonction du Ventricule Gauche

- Risque thrombo-embolique modéré (risque annuel d'AVC de 3 à 6 %) :

Les patients exempts de valvulopathies,

1) âgés de moins de 65 ans , avec HTA ou diabète

2) âgés de 65 à 74 ans (avec ou sans diabète et HTA)

3) âgés de 75 ans ou plus, en l'absence de diabète ou HTA

- Risque thrombo-embolique (risque d'AVC $<$ ou $=1\%$) :

Patients exempts de valvulopathie, présentant une FA, âgés de moins de 65 ans, sans ATCD embolie, sans HTA et diabète.

D) Indication de traitement anti-arythmique

- Résolution spontanée < 48h fréquente
- Intérêt des traitements bradycardisants qu'en cas de FA rapide ou mal tolérée
- Dans ce cas présent, pas d'indication à réduire la FA
- Le traitement des récurrences est la recherche et la correction d'un facteur déclenchant

- Les recommandations pour un traitement anti-arythmique vont vers :
 - Flécaïne, classe Ic
 - Sotalol, classe III, en l'absence de cardiopathie et avec surveillance du QT
- Traitement est à instaurer en sinusal
- On peut s'abstenir de traitement préventif si :
 - Accès rares ou 1^{er} accès
 - Absence de cardiopathie sous jacente
 - Accès bien toléré ou asymptomatique
 - Facteur déclenchant curable identifié

E) Indication de traitement anti-coagulant

- Recours aux HBPM utile en ambulatoire pour un traitement de courte durée
- Il existe 2 protocoles de réduction :
 - 1) Soit une anti coagulation 3 semaines avant réduction
 - 2) Soit une réduction rapide précédé d'une ETO montrant l'absence de thrombus
- Dans tous les cas, la réduction devra être suivie d'un traitement anti-coagulant de 4 semaines

Evaluation du risque emboligène

- 1^{er}) Critères cliniques

- Score de CHADS : **Congestive(IVG):1point**

- HTA : 1 point**

- Age > 60 ans : 1 point**

- Diabète : 1 point**

- Stroke(AVC,AIT):2 pts**

- Valvulopathies ou prothèse valvulaire

- Autres critères : femme, Hyperthyroïdie,
ATCD coronarien

- 2^{ème}) Critères Echographiques

- ETT : dilatation OG,
dysfonction du VG < 35%

- ETO : thrombus dans
l'auricule

- En pratique, une FA avec une valvulopathie mitrale, une prothèse, ou un score de CHADS > 2, +/- des signes échographiques = Indications à un traitement par AVK au long cours

Adaptation à notre patiente

- Notre patiente de 80 ans, avec un ATCD d'AIT et HTA a un score de CHADS = 4.
- Le fait que ce soit un 1^{er} accès ne permet pas d'instaurer un traitement anti-arythmique, mais elle est déjà sous Sotalol qui correspond aux recommandations
- Il y a indication à mettre un traitement par anticoagulant mais cela se discute, vue son âge et les risques
- Donc malgré des recommandations bien établies, la décision doit s'étudier cas par cas

4) Prise en charge et spécificité de la médecine générale

4.1) Le Premier recours

- Prise en charge ambulatoire ou hospitalière ?
- Il s'agit d'une patiente valide, avec IDE à domicile pour surveillance tensionnelle
- Appel de son cardiologue de ville
- Accord pluridisciplinaire pour maintien à domicile avec traitement anti-coagulant en sous cutané, surveillance biologique et réévaluation dans une semaine

4.2) La prise en charge globale

- Bilan biologique étiologique avant de débuter tout traitement
- Début du traitement anti coagulant dès ce jour par Innohep 3500 unités par jour
- Traitement symptomatique de la diarrhée, associée à une lutte contre la déshydratation
- Surveillance biologique de la tolérance du traitement effectué par IDE
- Consultation cardio dans une semaine

4.3) La coordination des soins

- Prise en charge collective gérée à domicile
- Coordination par le médecin traitant
- Appel du laboratoire en vue de la réalisation du bilan biologique à domicile (K+, TSH)
- Appel de l'IDE pour débiter les injections à domicile
- Traitement symptomatique : Smecta, Imodium, Hydratation
- Résultats faxés au cabinet : supplémentation d'une Hypokaliémie à 3,2
- Reste du bilan RAS

4.4) La continuité des soins

- Médecin informé par la patiente et l'IDE
- Accalmie des diarrhées
- Bonne tolérance du traitement
- Consultation cardio avec reprise d'un rythme sinusal
- Dans ce contexte de probable facteur déclenchant, l'âge, la résolution spontanée, Aucun traitement anti-coagulant n'a été introduit
- Poursuite du Kardegic et Sotalol

4.5) Le rôle d'acteur de santé publique

- Médecin généraliste est ici le premier intervenant
- Explication de la pathologie au lit de la patiente, du traitement,
- Description de la conduite à tenir en cas de récurrence ou aggravation
- Obtenir une adhérence au traitement
- Lutte contre la déshydratation
- Suivi entre plusieurs praticiens

5) Conclusion

- Médecin généraliste au centre du dispositif de soins
- Respect des recommandations
- Adaptation en fonction du patient, après une évaluation du rapport bénéfices/risques
- Pratique quotidienne pas toujours assimilables au texte
- Intérêt d'une prise en charge multi disciplinaire

6) Bibliographie

- HAS, ALD 5 concernant la fibrillation auriculaire
- Recommandations de la société scientifique de médecine générale (SSMG) Dr Duray
- Cardiologie et maladies vasculaires, Ms Besse et Lellouche, Vernazobres