

Fibrillation auriculaire : ralentir ou réduire, il faut choisir

Rate vs Rhythm Control in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis.

Ralentir ou réduire la fibrillation auriculaire ? Méta-analyse.

De Denus S, Sanoski CA, Carlsson J, Opolski G, Spinler S.

Arch Intern Med 2005;165:258-62.

Contexte. En médecine générale, la fibrillation auriculaire (FA) est le trouble du rythme le plus fréquemment rencontré après les extrasystolies bénignes (1). Les sujets ayant une FA ont un risque de décès multiplié par 2 et un risque d'accident vasculaire cérébral multiplié par 4 à 5. La prise en charge de la FA, en particulier sur le plan rythmique, reste discutée.

Question. Le rétablissement et le maintien du rythme sinusal apportent-ils un bénéfice supplémentaire par rapport au simple contrôle de la fréquence ventriculaire dans la prise en charge de la FA ?

Objectif. Comparer l'impact respectif des deux stratégies de prise en charge de la fibrillation auriculaire sur la mortalité globale et l'incidence des accidents vasculaires cérébraux.

Population concernée. Patients inclus dans des essais contrôlés randomisés (ECR) comparant les stratégies pharmacologiques de réduction ou de contrôle du rythme de la FA en première intention. Les études concernant les patients en situation postopératoire (chirurgie cardiaque ou technique interventionnelle invasive) n'ont pas été inclus.

Méthode. La méta-analyse a été réalisée à partir d'ECR identifiés de manière indépendante par deux experts par une interrogation des bases *Medline*, *Cochrane* et *International Pharmaceutical Abstracts*, une analyse des références issues des publications de plusieurs sociétés savantes de cardiologie et des guides de pratiques cliniques, des contacts avec les auteurs et les compagnies pharmaceutiques ayant publié sur le sujet, et une recherche des essais non publiés. Le critère principal de jugement était la mortalité totale. Le critère secondaire était la survenue d'un accident vasculaire cérébral.

Résultats. En mai 2003, 5 ECR, soit 5 329 patients, ont été inclus dans la méta-analyse. L'âge moyen des patients était de 69 ans, 38 % étaient des femmes, le suivi moyen variant de 1 à 3,5 ans. 67 % des patients avaient une hypertension artérielle et 28 % une insuffisance cardiaque associée.

Sur la mortalité globale, il n'y a pas eu de différence significative entre le groupe « contrôle de la fréquence ventriculaire (*rate control*) » et le groupe « rétablissement et maintien un rythme sinusal (*rhythm control*) » : 13 % vs 14,6 % (OR = 0,87 ; IC95 = 0,74-1,02 ; $p = 0,09$).

Sur l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, elle était comparable dans les deux groupes : 3,5 % vs 3,9 % (OR = 0,50 ; IC95 = 0,14-1,83 ; $p = 0,16$). Pour les deux critères, les résultats n'étaient pas hétérogènes entre les ECR.

Résultat principal. Le rétablissement et le maintien du rythme sinusal comparé au contrôle de la fréquence ventriculaire ne diminuent ni la mortalité globale ni le risque d'accident vasculaire cérébral chez les patients atteints de FA.

Commentaires. Malgré les progrès thérapeutiques récents (2), la FA est responsable d'une gêne fonctionnelle, d'une morbidité importante (risque thromboembolique, aggravation d'une cardiopathie qu'elle révèle parfois) et d'une mortalité non négligeable.

Sa prise en charge fait l'objet de nombreuses controverses dont celle sur la nécessité ou pas de rétablir et de maintenir un rythme sinusal (3), les résultats d'études récentes étaient contradictoires.

Cette méta-analyse est de bonne qualité méthodologique. Toutefois, la recherche bibliographique semble limitée (pas de recherche dans EMBASE et il n'est pas précisé si elle a été ou pas limitée aux articles en langue anglaise). Le petit nombre d'études sélectionnées (5 dont 4 ayant une population de

petite taille, inférieure ou égale à 520 patients) et le fait qu'elle concerne surtout une population à haut risque thromboembolique (âge > 65 ans, antécédents d'AVC ou d'AIT, diabète, hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque) doivent être pris en compte.

Ne pouvant pas être extrapolée aux sujets à faible risque (en particulier chez les patients âgés de moins de 65 ans chez qui le rétablissement et le maintien du rythme sinusal restent l'option prioritaire), elle implique une discussion centrée autour du profil des patients chez qui il n'est plus utile de s'acharner à réduire à tout prix la FA, avec de nombreuses questions en suspens :

- Quel est le rythme optimal de la fréquence ventriculaire ?
- Quelle est la conduite à tenir chez les patients en FA ayant une altération de la fonction ventriculaire gauche ? En effet, la faible proportion de ce profil de patients dans la méta-analyse ne permet pas d'extrapoler les résultats à ce cas de figure. L'étude AF-CHF qui s'intéresse à la meilleure stratégie – ralentir ou réduire – chez des patients en FA ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure ou égale à 35 % apportera peut être prochainement une réponse.
- Ne disposant pas d'outils électrophysiologiques accessibles permettant d'identifier chez un patient, le ou les mécanismes responsables de la FA, et donc de prévoir le meilleur choix thérapeutique pour lui, il y a un risque, après s'être acharné à réduire la FA pendant des années, à désormais la ralentir par excès (par facilité) ?

Quoi qu'il en soit, en l'état actuel des connaissances et en attendant de nouvelles données, la décision devra être partagée entre le patient, son médecin généraliste et son cardiologue.

Franck Wilmart
UFR Amiens

Références :

1. Prescrire rédaction. « Fibrillation auriculaire (suite) : ralentir la fréquence vaut souvent mieux que rétablir le rythme sinusal ». Rev Prescr 2003;245:846-52.
2. Bilal Iqbal M, Taneja AK, Lip GYH, Flather M. Recent developments in atrial fibrillation. BMJ 2005;330:238-43.
3. Nattel S, Ophie LH. Controversies in atrial fibrillation. Lancet 2006;367:262-72.

Mots-clés : Fibrillation auriculaire - stratégie thérapeutique — Troubles du rythme