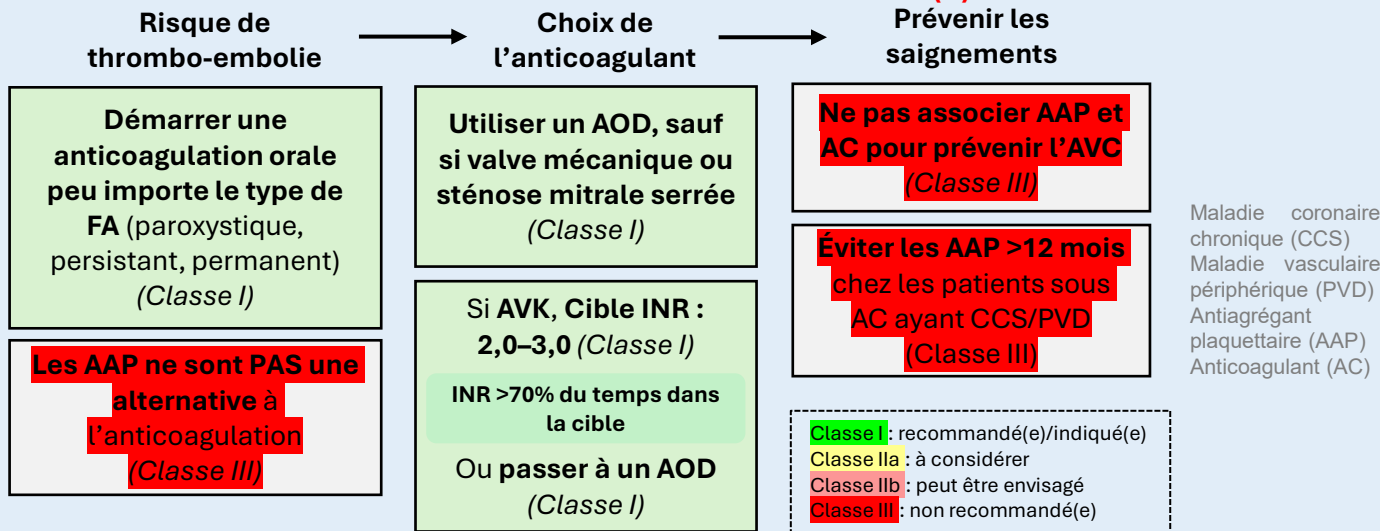




La prise en charge « ABC » (*Anticoagulation, Better control, Comorbidity*) est remplacée par « **AF-CARE** » :

- **Comorbidity (C)** : gestion des comorbidités PRIMODALE (contrôle tensionnel, adaptation des traitements de l'insuffisance cardiaque, sevrage alcoolique, contrôle glycémique/pondéral, ...)
- **Avoid stroke and thromboembolism (A)**
- **Reduce symptoms by rate and rythm control (R)**
- **Evaluation and dynamic reassessment (E)** : prise en charge pluridisciplinaire (infirmier, médecin, cardiologue, pharmacien) + examen régulier clinique et biologique (ionogramme, NFS, dépistage diabète, bilan TSH...)

## Avoid stroke and thromboembolism (A)



## Anticoagulation (AC)

➔ **Décision fondée sur score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA** : Score = 1 → AC envisageable ; Score ≥ 2 → AC recommandée

➔ **AC au long court tant que le risque thromboembolique persiste.**

### Cas particulier :

- Cardioversion : 4 semaines d'AC efficace puis réévaluation du risque chronique pour prolonger ou non l'AC,
- Ablation : 2 mois minimum d'AC puis poursuite selon CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA (indépendamment du succès de la procédure).

### ➔ Choix de l'anticoagulant :

- Prévention AVC et embolies : AOD plus sûrs et tout aussi efficaces voire meilleurs que les AVK
- AOD : diminution du risque d'hémorragies intracrâniennes, pas de surveillance INR.

Molécule	Standard (mg)	Réduite (mg)	Quand réduire la dose ?
Apixaban (x 2/j)	5	2,5	Insuffisance rénale sévère (clairance de 15 à 29 mL/min) ou ≥ 2 critères parmi : âge ≥ 80 ans, poids ≤ 60kg, créatininémie ≥ 133µmol/L
Dabigatran (x 2/j)	150	110	Âge ≥ 80 ans, prise concomitante de Vérapamil, risque hémorragique augmenté (réduction de dose envisageable si 75-80 ans, insuffisance rénale modérée (Cl de 30 à 49 mL/min), patients atteints de gastrite, d'œsophagite ou de reflux gastro-œsophagien ou présentant un risque accru d'hémorragie)
Rivaroxaban (x1/j)	20	15	Clairance de 15 à 49 mL/min

- Apixaban en 1<sup>ère</sup> intention : ↓ du risque d'hémorragies digestives
- Unique recommandation d'un switch Apixaban vers Rivaroxaban : passage de 2cp/j à 1 cp/j (observance ++)
- Switch non recommandé en cas de risque hémorragique digestif élevé et/ou sujet âgé, fragile
- Switch AVK vers AOD non recommandé chez les patients âgés avec INR dans la cible : ↑ risque saignements (Switch AVK → AOD si INR mauvais)

### ➔ Contre indication à l'anticoagulation :

- Saignement actif majeur (hémorragie digestive persistante, intracrânienne en cours)
- Troubles hémorragiques sévères non contrôlés (thrombocytopenie < 50.000/mm<sup>3</sup>)

Les véritables contre-indications absolues à l'anticoagulation en FA sont rares, et dans la plupart des cas le bénéfice de prévenir un AVC dépasse le risque hémorragique.

## Recommandations pour la prévention des AVC :

**AVC malgré anticoagulation** : 1/3 des AVC en FA surviennent chez des patients déjà sous AC

### ➔ Causes fréquentes :

- ✓ autre mécanisme d'AVC
- ✓ mauvaise observance
- ✓ sous-dosage du traitement
- ✓ interaction/problème d'absorption

### ➔ On peut contrôler :

- ✓ INR si AVK
- ✓ Évaluation de l'observance

**AC + AAP = DANGER** ⚠️ sauf si indication stricte (↑ risque saignements)

**Aucune utilité pour prévenir l'AVC en FA**

Uniquement possible si :

- ✓ Syndrome coronarien aigu
- ✓ Stent récent

➔ Si AAP + AC → **durée minimale nécessaire** pour limiter le risque hémorragique

⚠️ **Le switch d'AC ne ↓ pas le risque d'AVC : non recommandé** (Aucune preuve du bénéfice AOD → AVK)

### Sources :

ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Apixaban Versus Rivaroxaban in Patients With Atrial Fibrillation and Valvular Heart Disease: A Population-Based Study: Annals of Internal Medicine: Vol 175, No 11