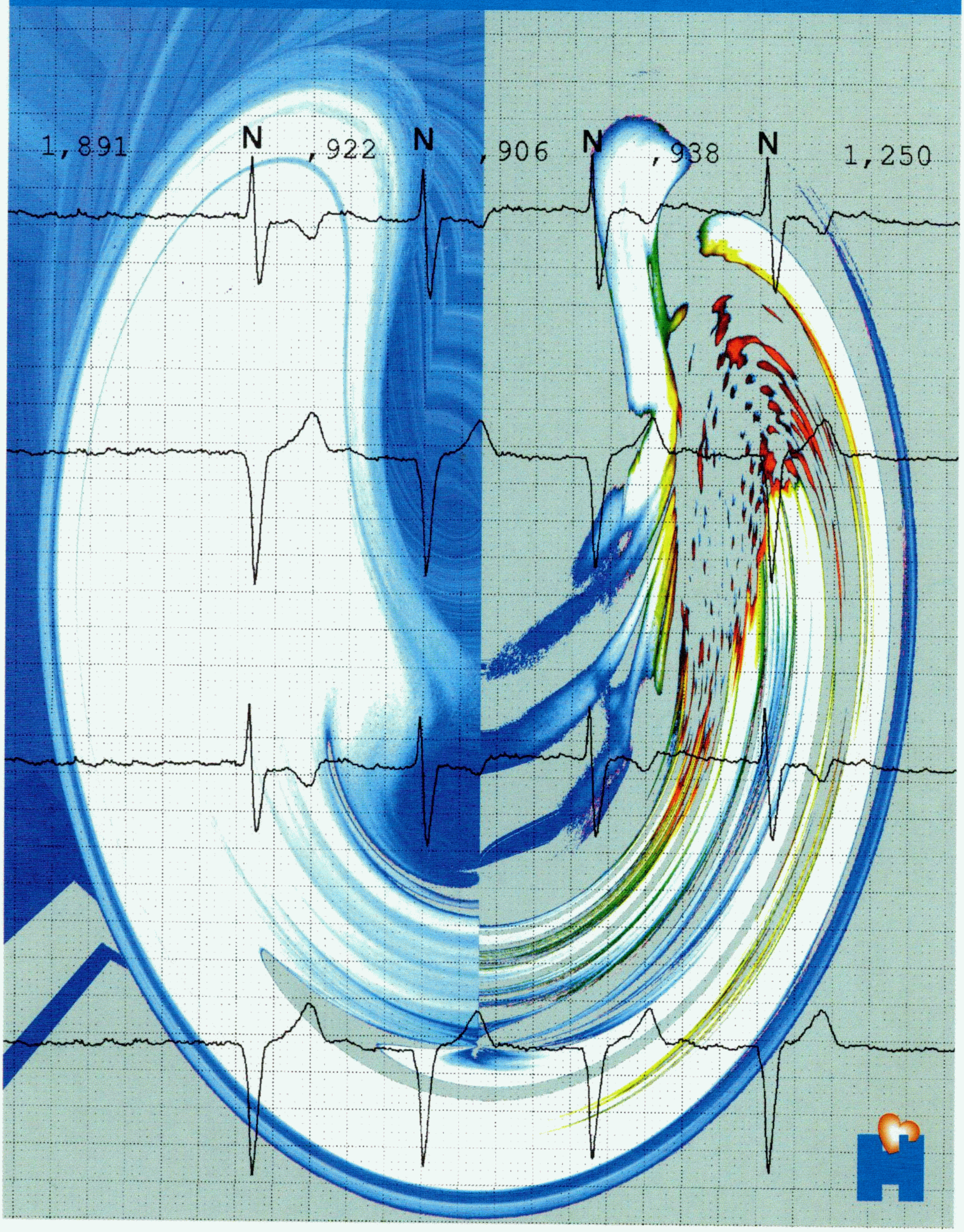
FIBRILLATION AURICULAIRE

Informations destinées aux patients



INTRODUCTION

Votre médecin a constaté que vous présentez une arythmie cardiaque appelée fibrillation auriculaire.

- Mais qu'est-ce qu'une arythmie et, à plus forte raison, une fibrillation auriculaire ?
- Comment et pourquoi est-elle survenue, quelles seront ses conséquences sur votre mode de vie ?
- Et surtout existe-t-il un traitement efficace ?

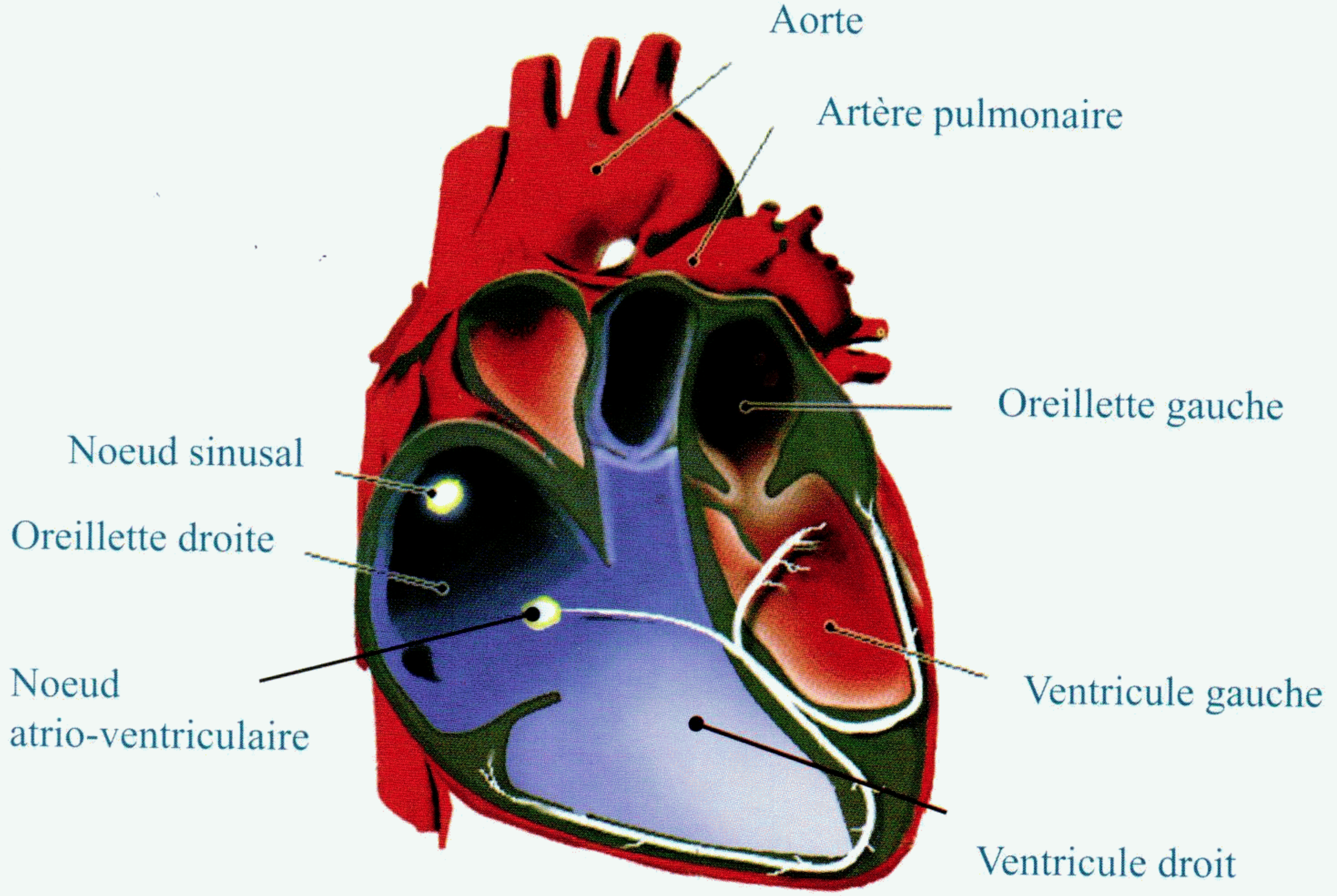
Voilà les différentes questions que vous êtes en droit de vous poser.

Vous allez bien sûr débattre de toutes ces questions avec votre médecin.

Cette brochure n'a pas pour but de se substituer à lui. Son intérêt est de vous fournir des réponses détaillées et des informations pratiques. Son but ultime est de vous familiariser avec cette arythmie cardiaque si particulière appelée fibrillation auriculaire.

LA FIBRILLATION AURICULAIRE : QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le coeur est un muscle et sa fonction principale est de se contracter pour réaliser un travail. En tant que pompe, ce travail consiste à faire circuler le sang dans l'ensemble de l'organisme, ce qui permet ainsi d'acheminer l'oxygène vers les différents organes.

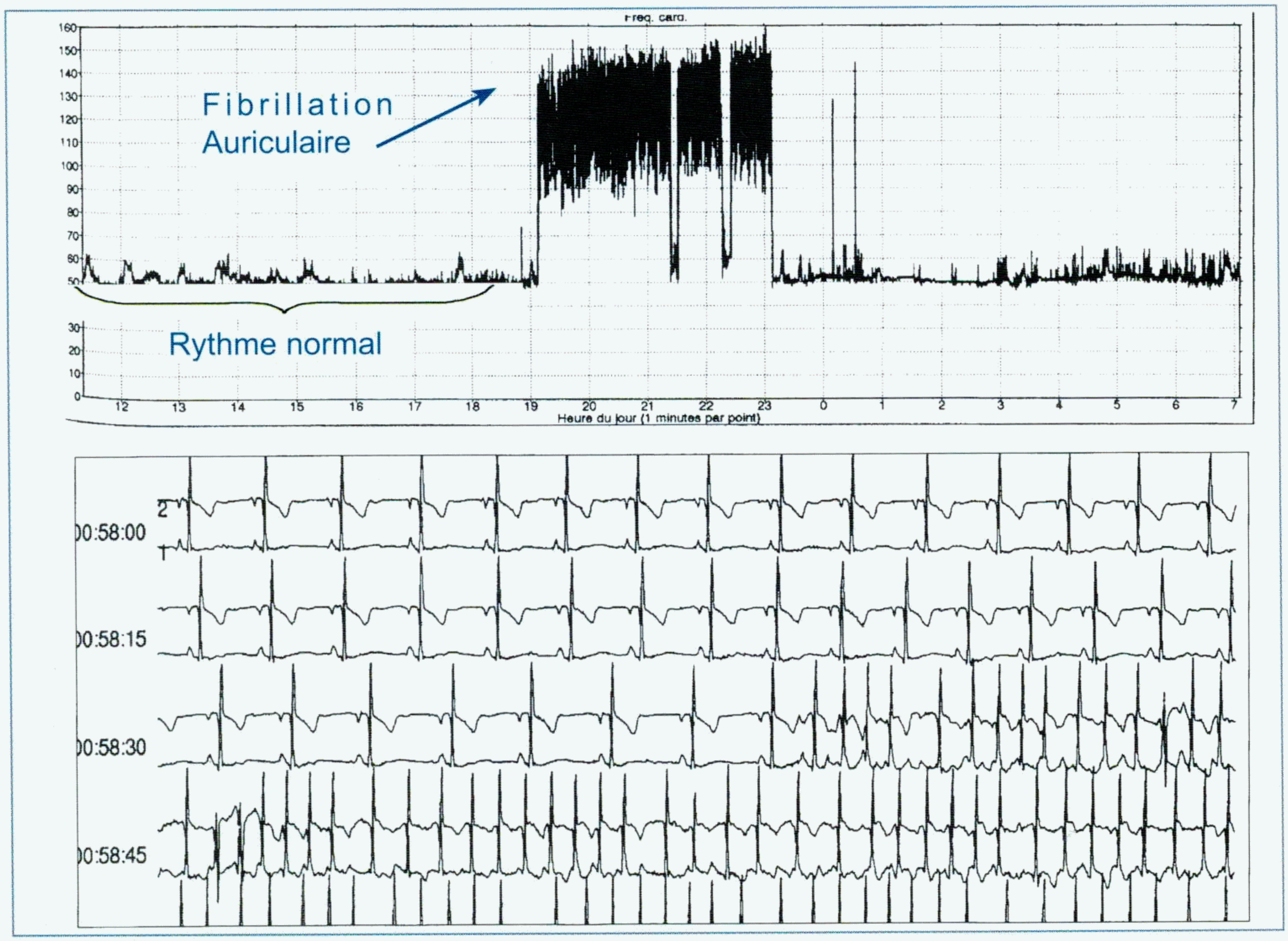


Pour être efficace, cette activité mécanique doit être finement orchestrée par des stimulations électriques se propageant à l'ensemble du muscle cardiaque, à intervalles réguliers. Ces stimulations électriques, battant la mesure tel un métronome, proviennent d'une structure de la taille d'une tête d'épingle, située à l'extrémité supérieure droite du cœur et dénommée noeud sinusal. Ce dernier détermine ainsi le rythme cardiaque normal appelé rythme sinusal. La fréquence cardiaque normale au repos va de 60 à 100 battements par minute.
Si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 bpm, on parle de bradycardie et si elle est supérieure à 100 bpm, le terme de tachycardie est utilisé. Ces accélérations ou ralentissements de la fréquence cardiaque ne modifient pas la régularité du rythme cardiaque mais sont le reflet de l'activité physique.

Une arythmie cardiaque se définit par une irrégularité de l'activité électrique du coeur. Elle peut se produire à une fréquence cardiaque normale, en bradycardie ou en tachycardie.

La fibrillation auriculaire représente le remplacement du rythme sinusal par une activité électrique désordonnée prenant place dans les oreillettes. Cette activité irrégulière va entraîner le cœur le plus souvent à une fréquence cardiaque élevée (tachy-arythmie), plus rarement à une fréquence cardiaque lente (brady-arythmie).

Du point de vue circulatoire, la fibrillation auriculaire entraîne une diminution de la force de contraction des oreillettes, ce qui peut se traduire par une diminution des performances cardiaques, essentiellement à l'effort (perte de 5 à 20% du débit cardiaque efficace).

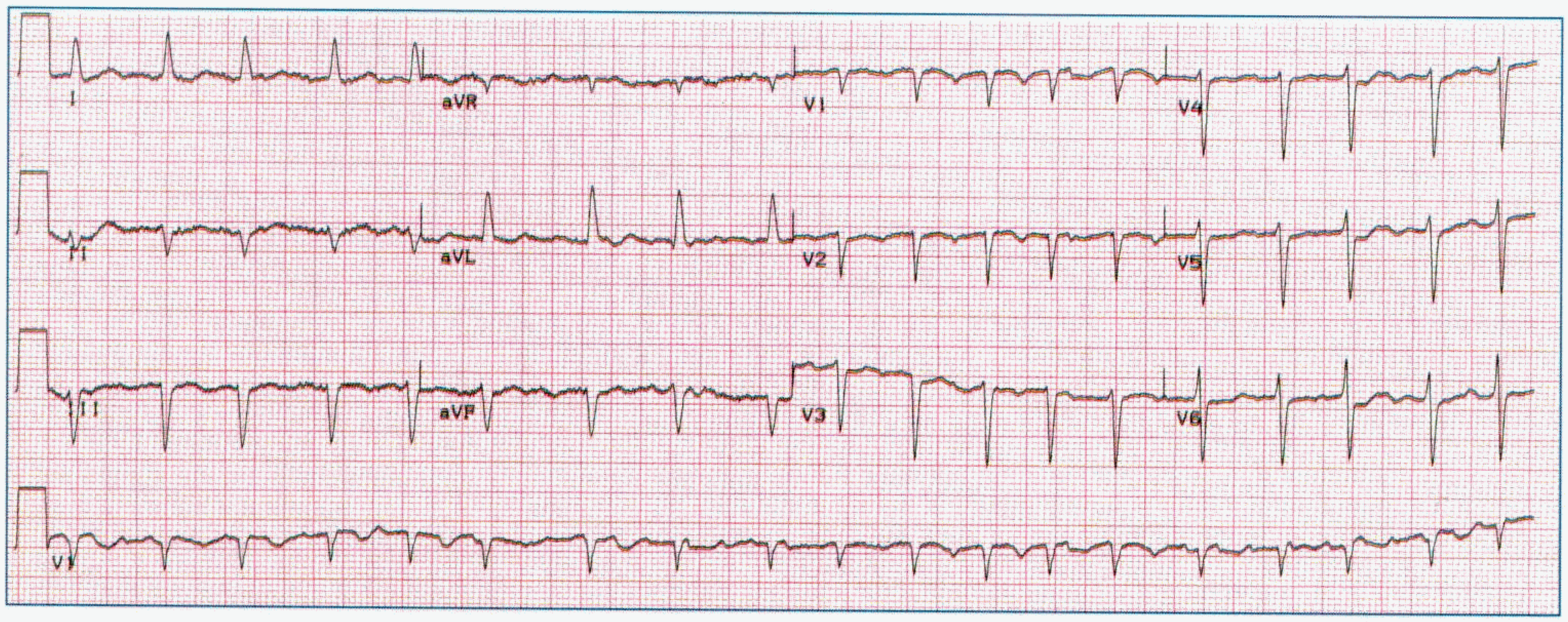


ENREGISTREMENT HOLTER : FIBRILLATION AURICULAIRE

LA FIBRILLATION AURICULAIRE, UNE MALADIE FRÉQUENTE ?

La fibrillation auriculaire est une des arythmies cardiaques les plus fréquentes.
Environ 1 personne sur 100 en est affectée dans la population générale, mais cette proportion augmente nettement avec l'âge. En effet, si elle est relativement inhabituelle chez les personnes de moins de 50 ans, elle touche près de 1 personne sur 10 après 80 ans.

La fibrillation auriculaire peut se produire parfois sur un cœur parfaitement sain, mais elle est le plus souvent la conséquence de différentes pathologies cardiaques telles que des séquelles d'un infarctus, l'hypertension artérielle ou l'atteinte des valves cardiaques.
Elle est également favorisée par la consommation d'alcool ou par certains médicaments.



ELECTROCARDIOGRAMME D'UNE FIBRILLATION AURICULAIRE

FIBRILLATION AURICULAIRE SYMPTOMATIQUE ET ASYMPTOMATIQUE

La fibrillation auriculaire n'entraîne parfois aucune manifestation perceptible et on parle alors de fibrillation auriculaire asymptomatique.

Néanmoins, les symptômes fréquemment rapportés sont des palpitations (sensations de battements irréguliers), des vertiges, de la difficulté à respirer (dyspnée), de la fatigue et une diminution des performances physiques.

Cette grande variabilité dans les manifestations de la fibrillation auriculaire explique que cette dernière puisse être découverte de deux façons différentes: de façon fortuite lors d'un contrôle de routine ou sur la base des symptômes décrits ci-dessus.

Le bilan effectué en présence d'une fibrillation auriculaire comprendra le plus souvent les investigations suivantes:

✦ examen clinique :

Il comprend notamment la mesure du pouls et de la tension artérielle ainsi que l'examen cardiaque (auscultation). Le signe le plus caractéristique est un pouls irrégulier. Vous pouvez vous-même, après quelques brèves explications de votre médecin, contrôler la présence d'une fibrillation auriculaire en prenant votre propre pouls au niveau du poignet. L'auscultation cardiaque va apporter des informations sur la présence d'une pathologie cardiaque, comme par exemple une maladie valvulaire.

✦ électrocardiogramme (ECG) et Holter (ECG de 24 heures) :

Ces deux techniques d'enregistrement du rythme cardiaque électrique permettent de poser le diagnostic définitif de fibrillation auriculaire.

✦ test d'effort :

Effectué dans certains cas, il permet d'apprécier l'aptitude physique, la fréquence cardiaque à l'effort et d'exclure la présence d'une maladie coronarienne.

- bilan sanguin :

Les examens sanguins recherchent notamment des troubles hormonaux (thyroïde) ou des électrolytes sanguins (sodium, potassium).

- échocardiographie :

Il s'agit d'un technique d'imagerie cardiaque obtenue par ultrasons qui permet d'analyser la force de contraction du muscle cardiaque, de diagnostiquer une atteinte des valves et de rechercher les conséquences d'une hypertension artérielle.

EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE

CLASSIFICATIONS DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE

Selon la durée de la fibrillation auriculaire, cette dernière peut être subdivisée en plusieurs catégories :

- fibrillation auriculaire paroxystique (moins de 7 jours) :

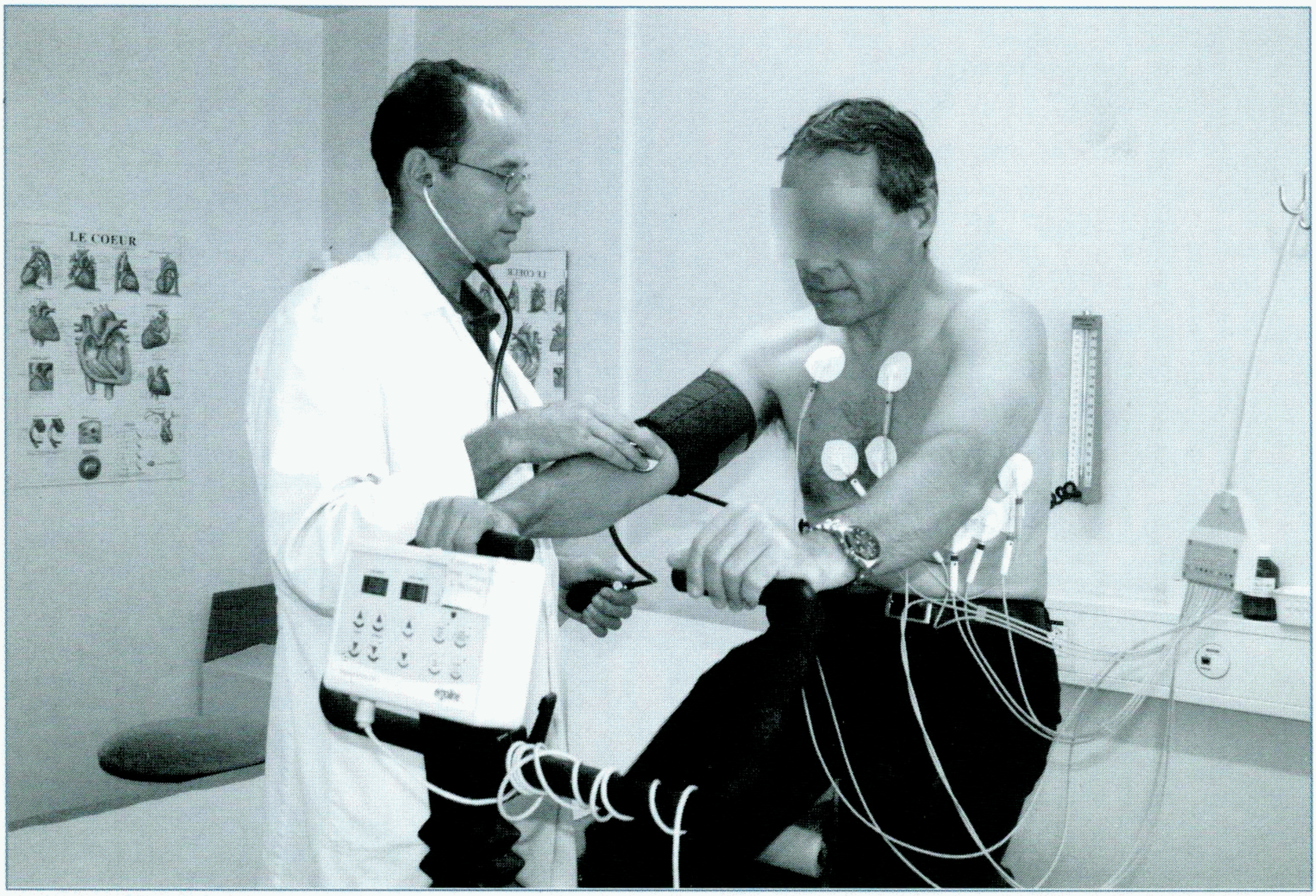
Rythme sinusal normal la majorité du temps, entrecoupé par de brefs épisodes de fibrillation auriculaire cédant spontanément.

- fibrillation auriculaire persistante (de 7 jours à 3 mois) :

Épisodes de fibrillation auriculaire persistant pendant des périodes prolongées.

- fibrillation auriculaire permanente (plus de 3 mois) :

Fibrillation auriculaire continue malgré les diverses tentatives de cardioversion (voir ci-dessous), le rythme sinusal ne pouvant alors plus être restauré de façon définitive.



TEST A L'EFFORT

LA FIBRILLATION AURICULAIRE, UNE MALADIE GRAVE ?

La fibrillation auriculaire peut entraîner deux complications principales :

1. Insuffisance cardiaque

Comme déjà évoqué ci-dessus, le remplissage cardiaque lors d'une fibrillation auriculaire est altéré. Cela se traduira par une diminution des performances contractiles pouvant conduire jusqu'à une insuffisance cardiaque.

Par ailleurs, en fibrillation auriculaire, le cœur bat non seulement irrégulièrement, mais le plus souvent trop rapidement. Soumis à ce régime sur de longues périodes de temps, il risque, comme tout moteur, de s'épuiser.

Les manifestations de l'insuffisance cardiaque sont essentiellement de la difficulté à respirer (dyspnée), de la fatigue et une diminution des performances physiques

2. Accident vasculaire cérébral

Il s'agit de l'autre complication majeure pouvant survenir lors d'une fibrillation auriculaire. En effet, cette dernière entraîne une diminution de la contraction des oreillettes conduisant à une stagnation du sang à leur niveau et donc à un risque élevé de formation de «caillots sanguins» (thrombi). Le danger vient du fait qu'ils peuvent être envoyés par la circulation sanguine (embolies) dans différents organes et notamment le cerveau. A ce niveau plus particulièrement, ils peuvent entraîner des dégâts parfois irréversibles (« attaque cérébrale ») qui se manifestent par des troubles de la force au niveau des bras ou des jambes, voire des difficultés d'élocution.

EXPLORATION ELECTROPHYSIOLOGIQUE ENDOCAVITAIRE

PRISE EN CHARGE DE LA FIBRILATION AURICULAIRE

Lorsque votre médecin découvre que vous souffrez d'une fibrillation auriculaire, il vous proposera une prise en charge individualisée qui dépendra de votre âge et de vos symptômes.
En pratique, cette prise en charge peut se faire selon deux options thérapeutiques différentes, présentant chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

1. Restauration et maintien du rythme sinusal normal.

Cette option thérapeutique semble à première vue être la plus logique puisqu'elle signifie un retour à la situation normale. Elle consiste en effet à restaurer le rythme sinusal par une procédure appelée cardioversion. Dans cette situation, une anticoagulation orale est également nécessaire, le plus souvent pour une brève durée de temps, suite à laquelle son maintien sera discuté avec votre médecin.

Cette cardioversion peut être réalisée essentiellement de deux manières différentes:

- par l'administration de médicaments (cardioversion dite «chimique») :

Les avantages de cette méthode sont qu'elle se pratique ambulatoirement et qu'elle ne nécessite pas d'anesthésie.
Ses inconvénients sont le délai jusqu'au retour en rythme sinusal pouvant être parfois de plusieurs semaines ainsi que les effets secondaires propres aux différents médicaments. Par ailleurs, la cardioversion chimique n'est pas toujours couronnée de succès (50-60% environ).

- par l'application d'un bref courant électrique sur le thorax (choc électrique externe) :

Cette méthode nécessite un bref séjour hospitalier pendant lequel vous serez brièvement endormi par une anesthésie générale (5-15 minutes). Pendant que vous dormez, un choc électrique va être appliqué sur votre

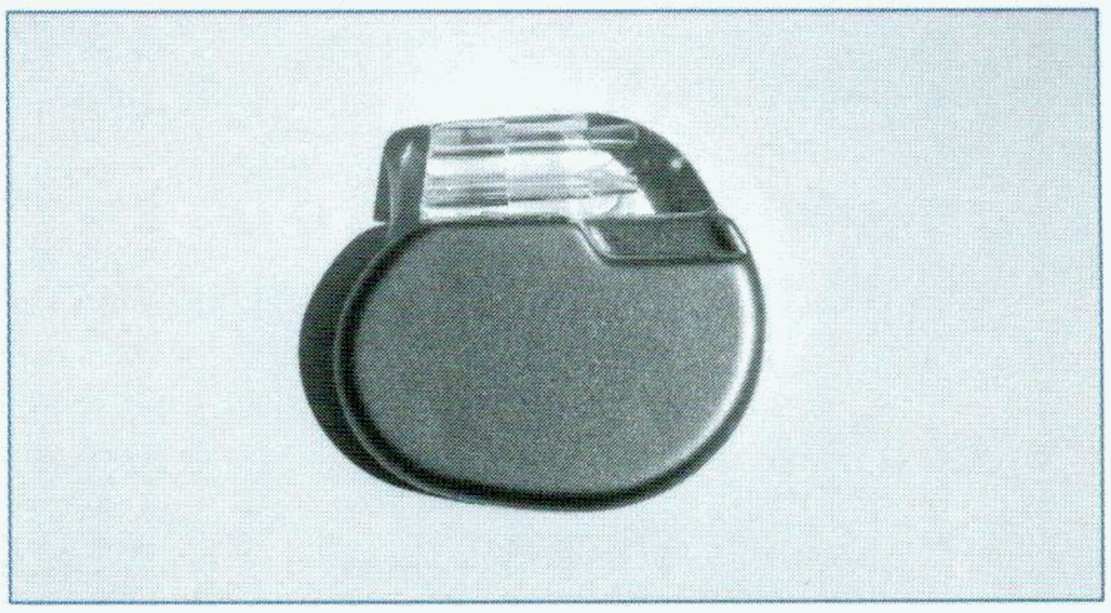
poitrine pour permettre de restaurer le rythme sinusal normal.
Après quelques heures de surveillance, vous pourrez rentrer à domicile.
L'avantage de la cardioversion électrique est une restauration plus rapide du rythme sinusal. Ses inconvénients sont évidemment la nécessité d'un court séjour hospitalier et d'une brève anesthésie générale. La cardioversion électrique est le traitement le plus efficace pour restaurer le rythme sinusal normal (95-98% de succès)

- par la technique dite « d'isolation des veines pulmonaires» :

Depuis quelques années, cette nouvelle option thérapeutique permet une restauration définitive du rythme sinusal. Cette procédure complexe (durée 3-4 heures) ne s'applique toutefois qu'à un nombre restreint de patients, généralement de moins de 70 ans, avec une fibrillation auriculaire de courte durée et sans autre maladie cardiaque. Elle s'effectue lors d'une procédure d'exploration électrophysiologique endocavitaire visant à isoler électriquement les veines pulmonaires (source de l'arythmie) et à modifier le substrat auriculaire. Les risques de la procédure ne sont pas nuls (rétrécissement d'une veine pulmonaire, embolies ou perforation) et les chances de succès avoisinnent 80-85% à l'heure actuelle. Cette procédure est actuellement réservée aux patients fortement symptomatiques, dont la fibrillation auriculaire est rebelle à tout traitement médical.

- l'implantation d'un pacemaker auriculaire ou parfois bi-auriculaire :

C'est une autre alternative thérapeutique possible, en particulier lorsque la fibrillation auriculaire est clairement déclenchée par des ralentissements de l'activité électrique cardiaque.



PACEMAKERS OU STIMULATEURS CARDIAQUES

✦ la procédure de MAZE :

Il s'agit d'une technique chirurgicale qui peut être réalisée en cas d'opération cardiaque (opération de valve mitrale en particulier), mais qui n'est qu'exceptionnellement proposée comme traitement isolé de la fibrillation auriculaire.

2. Fibrillation auriculaire avec contrôle adéquat de la fréquence cardiaque.

Bien souvent le rythme sinusal normal ne peut être restauré ou maintenu. En effet, la fibrillation auriculaire présente un grand risque de récidive si elle est la manifestation d'une pathologie cardiaque ne pouvant être modifiée.
En pratique courante, si la fibrillation auriculaire est asymptomatique ou si elle récidive après une, voire deux cardioversions, on va le plus souvent renoncer à la restauration du rythme sinusal.

Il est avant tout essentiel de réaliser que vous pouvez parfaitement vivre avec une fibrillation auriculaire au prix de certaines adaptations du traitement médicamenteux. Ces dernières ont pour but de prévenir les deux principales complications de la fibrillation auriculaire énoncées plus haut.

La première est, comme déjà évoqué, un «épuisement» du muscle cardiaque n'apparaissant qu'en cas de persistance d'une fréquence cardiaque élevée et sur une longue période de temps. Elle peut être prévenue par des médicaments permettant un contrôle strict de la fréquence cardiaque (béta-bloquants, dérivés de la digitale ou anticalciques).

La seconde est l'apparition de thrombi auriculaires qu'un traitement anticoagulant (par exemple Sintrom) permet de prévenir.

COMMENT PRÉPARER VOTRE SÉJOUR HOSPITALIER EN VUE D'UNE CARDIOVERSION ÉLECTRIQUE

✦ médicaments :

Vous devez poursuivre normalement le traitement prescrit par votre médecin, hormis les dérivés de la digitale (digoxine) que votre médecin vous demandera d'interrompre 48 heures avant la cardioversion.

Le traitement anticoagulant notamment doit être pris scrupuleusement, y compris le jour de la cardioversion.

✦ régime alimentaire :

Il est impératif de ne plus consommer de nourriture après minuit, le soir avant la cardioversion. Vous pouvez néanmoins boire jusqu'à six heures avant la cardioversion.

✦ transport à l'hôpital :

Il est préférable d'éviter de vous rendre à l'hôpital par vos propres moyens (c'est-à-dire avec votre véhicule privé), mais d'y être conduit par un proche. En effet, après une anesthésie générale, il est interdit de prendre le volant le jour même.

✦ vêtements :

Vous pouvez emporter des survêtements légers et une trousse de toilette, en sachant que dans la très grande majorité des cas vous serez de retour chez vous le soir même de la cardioversion.

RÉSUMÉ PRATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE FIBRILLATION AURICULAIRE : DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT

1 diagnostic :

Basé sur un tracé ECG qui a pu être effectué soit de façon fortuite, soit sur la base de vos symptômes.

2 bilan complémentaire :

Prise de sang et échocardiographie.
Holter (ECG de 24 heures) et test d'effort dans certains cas.

3 traitement - deux options thérapeutiques sont possibles :

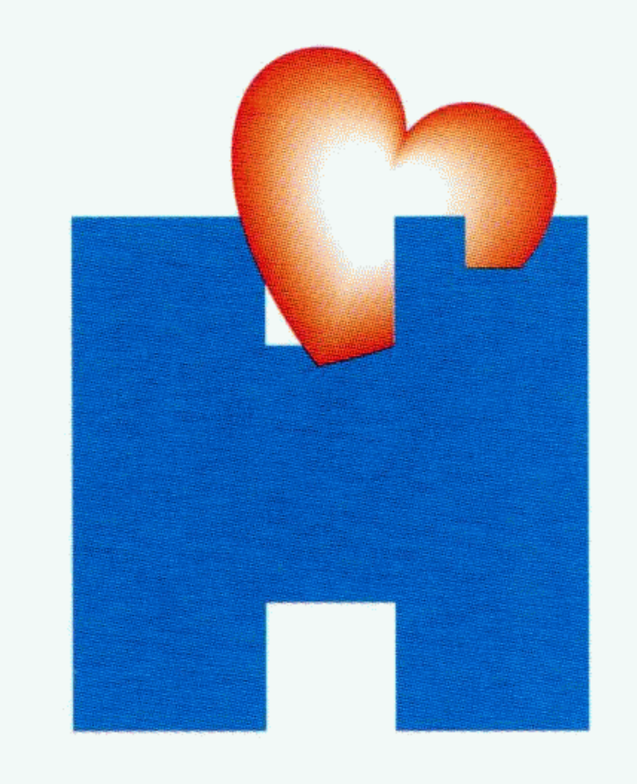
- Soit par obtention d'un contrôle adéquat de la réponse ventriculaire associé au maintien d'une anticoagulation orale.
- Soit par l'essai de restauration du rythme sinusal par une cardioversion électrique ou chimique.

Après une voire deux cardioversions infructueuses, c'est-à-dire se traduisant par une récidive de la fibrillation auriculaire, l'option thérapeutique se limitera à un contrôle efficace de la fréquence cardiaque associé à un traitement anticoagulant.

Dans les cas fortement symptomatiques et résistant à toutes les tentatives pharmacologiques, des mesures plus invasives peuvent être discutées (ablation par radiofréquence, stimulation cardiaque…).

L'importance de la fibrillation auriculaire ne doit pas être minimisée. Bien traitée, cette arythmie permet néanmoins de mener une vie parfaitement normale.

FONDATION DE LA TOUR POUR LA RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE



Cette brochure a été réalisée par le service de Cardiologie non-invasive de l'Hôpital de la Tour, par les Drs A. Meiltz, M. Bettoni, A. Bloch et M. Zimmermann, en collaboration avec le service du Marketing de l'établissement.

Rédigée en janvier 2006