

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Département de médecine générale

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 11 octobre 2016 à Poitiers
par **Thibaut Hury**

**Evaluation de l'anticoagulation des patients porteurs
d'une fibrillation atriale en structure d'urgence**

Etude ACFA-SU

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Joseph ALLAL
Monsieur le Professeur Marc PACALLIN
Monsieur le Docteur Mathieu VIOLEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Matthieu MARCHETTI

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Département de médecine générale

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement
le 11 octobre 2016 à Poitiers
par **Thibaut Hury**

**Evaluation de l'anticoagulation des patients porteurs
d'une fibrillation atriale en structure d'urgence**

Etude ACFA-SU

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Joseph ALLAL
Monsieur le Professeur Marc PACALLIN
Monsieur le Docteur Mathieu VIOLEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Matthieu MARCHETTI



Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUJOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ, nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Nous admirons votre investissement dans le DESC d'urgence, merci de nous fournir une formation de qualité.

Veillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect ;

A Monsieur le Professeur Joseph ALLAL, nous vous sommes reconnaissants pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements ;

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, nous vous sommes reconnaissants pour votre disponibilité ainsi que pour l'investissement dont vous faites part pour notre formation universitaire.

Veillez trouver ici l'expression de notre admiration ;

A Monsieur le Docteur Mathieu VIOLEAU, pour avoir accepté d'être membre du jury, pour t'être investi dans la réalisation de cette étude, pour avoir été disponible et réactif lorsque j'avais besoin de ton aide ;

A Monsieur le Docteur Matthieu MARCHETTI : je tiens d'abord à te remercier pour m'avoir permis de réaliser cette étude et pour avoir été mon directeur de thèse. Merci pour ton investissement dans ce travail, ainsi que pour la motivation que tu as su me donner en limitant le facteur stress.

J'ai hâte de travailler à tes côtés pour progresser dans ce métier, dans un climat amical ;

A Monsieur le Docteur Farnam FARANPOUR, pour avoir accepté de réaliser l'étude au sein des urgences du CH de Niort, et pour avoir été disponible lors du recueil des données ;

A Monsieur le Docteur Jean Yves LARDEUR, pour m'avoir accueilli dans ton service, en faisant régner un climat d'organisation, de confiance et d'efficacité ;

A Monsieur le Docteur Jacques CHEMINET, pour ton investissement personnel quant à ma formation ;

A Monsieur le Docteur Nicolas MARJANOVIC, que je remercie pour la partie statistique ;

A Monsieur le Docteur Jeremy GUENEZAN, pour ton investissement dans la formation du DESC de médecine d'urgence. Je tiens aussi à te remercier pour ton investissement extra hospitalier ;

Aux Docteurs Marie-Gabrielle PORTET-TIXIDOR, Eric LECERF et Vincent HELIS, qui m'ont permis de progresser dans la vision de la médecine ;

A l'équipe de réanimation de La Rochelle, médicale et paramédicale, pour tout l'enseignement que vous m'avez apporté, merci à **Severin** pour tous ces moments d'apprentissage, mais aussi pour tous ceux qui nous ont permis de décompresser. Comme tu dis souvent, beau job !

A Monsieur Yann DUSSUBIEUX, pour votre enseignement et pour la transmission de votre passion pour la biologie ;

A **Monsieur Romain DRAPEAU**, pour votre dévouement, et l'aide informatique que vous m'avez apportée pour l'accès aux données du CH de Niort ;

A **Monsieur le Docteur Paul Frappé**, pour m'avoir communiqué les premiers résultats de l'étude CACAO en cours de réalisation ;

A ma famille :

Merci à **mes parents** : grâce à votre confiance, votre soutien, votre aide, votre présence, vous m'avez donné les moyens de réaliser ce que j'aime.

A ma sœur **Célia**, pour ton aide physique et morale, permanente et durable, pour ta disponibilité, sans oublier ton travail de relecture qui dure depuis maintenant un petit moment !

Merci à l'ensemble de ma famille (**grands-parents, beaux-parents, cousins et cousines, tantes et oncles**) pour votre soutien, à **ma grand-mère** pour la motivation que tu m'as apportée, j'y suis presque !

A mes amis :

Rencontrés pendant l'externat, votre présence m'a beaucoup apportée. Merci à **Nico, Victor, Eliane, Francois M., Xavier, Igor, Charles, Francois F. Fani**, et al!

A mes co internes des urgences :

Maxime, avec qui j'ai su progresser au long de ces années (et ce n'est pas fini !), tu es toujours présent quand j'ai besoin de toi.

Merci à **Julien**, alias JooL ou Poulet, pour ton soutien permanent, ta confiance, ta vision des choses, ta qualité d'ami, sans qui, certains moments auraient été plus durs que prévus.

Merci à **Aurore** (pas que pour ton nom de famille), à **Manue B, Juliette, Romain** pour ton professionnalisme et ta sympathie, **Rémy** pour le baby, à **Quentin et Manue D** pour votre bonne humeur.

A **Bruno**, avec qui j'ai réalisé l'ensemble de ma scolarité, les souvenirs que j'en garde sont mémorables !

A **David**, maintenant 25 ans que tu es présent pour moi, je ne serais pas là sans toi.

A **Pierre**, en plus d'avoir la qualité d'ami, tu as été d'une réelle aide à la participation de cette thèse devant la partie statistique.

A **Laurent**, bien que je ne puisse pas dire ici pourquoi je te remercie, alors merci pour ton aide lors de la période d'inclusion.

A **Florent**, qui a su m'accompagner dans cette démarche. Même si tu bois tout le café, merci pour l'organisation qui m'a permis de travailler efficacement.

SOMMAIRE

Abréviations

1. **INTRODUCTION** (*page 1*)

2. **MATERIEL ET METHODES** (*page 3*)
 - 2.1 Type d'étude et objectifs (*page 3*)
 - 2.2 Population étudiée (*page 3*)
 - 2.3 Déroulement de l'étude (*page 3*)
 - 2.4 Considérations éthiques (*page 4*)
 - 2.5 Analyse statistique des résultats (*page 5*)

3. **RESULTATS** (*page 5*)
 - 3.1 Caractéristiques de la population étudiée (*page 5*)
 - 3.2 Objectif principal (*page 6*)
 - 3.3 Objectif secondaire (*page 8*)

4. **DISCUSSION** (*page 9*)
 - 4.1 Caractéristiques de la population étudiée (*page 9*)
 - 4.2 Traitement non adapté au score CHA2DS2-VASc (*page 10*)
 - 4.3 Remplacement d'un AVK par un AOD (*page 11*)
 - 4.4 Limites de l'étude (*page 11*)

5. **CONCLUSION** (*page 12*)

6. **BIBLIOGRAPHIE** (*page 13*)

RESUME (*page 16*)

ABREVIATIONS

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AOD : Anticoagulant Oral Direct

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti-vitamine K

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DMP : Dossier Médical Personnalisé

ECG : Electrocardiogramme

ESC : Société Européenne de Cardiologie

FA : Fibrillation Atriale

HTA : Hypertension Artérielle

INR : International Normalised Ratio

SAU : Service d'Accueil des Urgences

1. INTRODUCTION

La fibrillation atriale (FA) non valvulaire est le trouble du rythme cardiaque le plus fréquemment rencontré en médecine d'urgence. Sa prévalence est de 1,5 à 2% de la population générale [1] et augmente rapidement avec l'âge pour atteindre plus de 10% chez les sujets de 80 ans et plus de 20% après 90 ans [2]. La FA est associée à un risque accru d'accident vasculaire cérébral (AVC) et d'insuffisance cardiaque [1].

La classification de la FA permet de distinguer plusieurs entités [3] : la FA paroxystique, de résolution spontanée en moins de sept jours ; la FA persistante, ne cédant pas spontanément après sept jours et pouvant nécessiter une cardioversion médicamenteuse ou électrique ; la FA permanente, non indiquée à la cardioversion, ou ayant résisté à celle-ci, ou évoluant depuis plus d'un an. Bien que la plupart des FA reste asymptomatique, leur présentation clinique est souvent hétérogène [3]. La FA peut être responsable de sensations de palpitations, de dyspnée ou de lipothymies. La mortalité des patients en FA double, comparativement à la population générale, du fait d'un risque accru de complications thromboemboliques et hémodynamiques [1,4,5] et d'une majoration du risque d'hospitalisation [1].

Des recommandations concernant la prise en charge de la FA ont été émises par la Société Européenne de Cardiologie (ESC) en 2010 [6], avec une mise à jour en 2012 [1] ainsi qu'en 2016 [7]. Le diagnostic de FA repose sur l'électrocardiogramme (ECG), mais la prise en charge dépend en grande partie du contexte clinique et des comorbidités. Les recommandations insistent sur l'importance de la stratification du risque thromboembolique, complication la plus fréquente, responsable de 45% des accidents cardioemboliques et de 15% des AVC [8]. A ce jour, le score de risque recommandé lors de la prise en charge initiale est le score CHA2DS2-VASc [9]. Le score HAS-BLED, prédictif du risque hémorragique, permet de pondérer la prise

en charge anti-thrombotique en intégrant le risque de saignement [10]. L'ESC insiste également sur l'importance d'une stratégie de contrôle du rythme (médicaments anti-arythmiques) et/ou de contrôle de la fréquence cardiaque (bétabloquants).

Les anti-vitamine K (AVK) réduisent le risque relatif d'AVC ischémique de 64 % par rapport à l'absence de traitement anticoagulant et de 39 % par rapport à l'aspirine [11]. Les anticoagulants oraux directs (AOD) ont une efficacité thérapeutique comparable aux AVK et une incidence d'hémorragies cérébrales plus faible [5]. Arrivés sur le marché en France en 2008 dans la prévention des événements thrombo-emboliques veineux en chirurgie programmée de la hanche et du genou, leurs indications ont été élargies en 2011 et 2012 à la prévention des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des embolies systémiques chez les patients adultes avec une fibrillation auriculaire non valvulaire ayant un ou plusieurs facteurs de risque vasculaire associés. Les recommandations européennes préconisent depuis 2012 le choix d'un AOD de préférence aux AVK en dehors des contre-indications [5]. Les recommandations nord-américaines préconisent depuis 2014 les deux options (AVK ou AOD), sans émettre de préférence [12]. De nombreux patients à risque de complications thromboemboliques, en particulier les sujets âgés, ne sont pas anticoagulés, mais reçoivent un traitement antiagrégant dont le bénéfice est surestimé dans cette indication. D'autres patients sans risque de complications thromboemboliques sont anticoagulés par excès [13,14]. L'objet de notre étude était de connaître la proportion de patients porteurs d'une FA connue à l'admission aux urgences, mais ne bénéficiant pas d'un traitement anticoagulant adapté au risque thromboembolique estimé grâce au score CHA2DS2-VASc.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude et objectifs

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, bi-centrique, réalisée dans les services d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers (Vienne) et du Centre Hospitalier (CH) de Niort (Deux-Sèvres). L'objectif principal était de connaître la proportion de patients porteurs d'une FA connue à l'admission aux urgences, et ne bénéficiant pas d'une anticoagulation adaptée au risque thromboembolique estimé grâce au score CHA2DS2-VASc. L'objectif secondaire était de connaître la proportion de patients déjà anticoagulés par AVK et pouvant bénéficier de l'instauration d'un traitement par AOD.

2.2 Population étudiée

Les patients éligibles à une inclusion dans l'étude devaient être âgés de 18 ans ou plus et être porteurs d'une FA non valvulaire connue, quel que soit le motif d'admission au SAU. Les critères de non-éligibilité étaient les suivants : patients de moins de 18 ans, porteurs d'une FA valvulaire, découverte de la FA lors de l'admission aux urgences, patientes enceintes ou allaitantes, patients nécessitant une anticoagulation curative pour une autre raison, patients sous tutelle, curatelle ou majeur protégé.

2.3 Déroulement de l'étude

Le recueil de données a été réalisé à l'aide du dossier médical personnalisé (DMP), qui est entièrement informatisé au CHU de Poitiers et au CH de Niort. La période de recueil de données était de 5 mois, du 1^{er} janvier 2016 au 1^{er} mai 2016. Les logiciels suivants ont servi au recueil

du dossier médical des urgences, des résultats biologiques, et du dossier médical hospitalier :

- ResUrgences[®] (Intuitive / Groupe Berger-Levrault, Paris, France) ;
- CyberLab[®] (Institut de Biologie Clinique, Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique) ;
- UrQual[®] (MAINCARE SOLUTIONS, Canejan, France).

Les patients éligibles pour une inclusion dans l'étude ont été sélectionnés sur la base du codage de leur diagnostic principal (DP), de leur diagnostic associé (DA) et de leurs antécédents, à l'issue de leur prise en charge au SAU. L'inclusion avait lieu si le DP, le DA ou les antécédents comportaient les termes suivants : « ACFA », « AC/FA », « Fibrillation atriale », « Fibrillation auriculaire ». Pour chaque patient inclus dans l'étude, les éléments suivants ont été collectés : données démographiques (âge, sexe, antécédents médicaux), motif de venue, caractéristiques cliniques et biologiques permettant le calcul des scores CHA2DS2-VASc et HAS-BLED, INR (International Normalised Ratio), traitement habituel.

2.4 Considérations éthiques

A l'issue de la période de recueil de données, l'ensemble des informations a été rendu anonyme et enregistré sur un serveur sécurisé. S'agissant d'un travail observationnel, aucune prise en charge médicale n'a été influencée par notre étude. Celle-ci a été réalisée en accord avec les principes de la Déclaration d'Helsinki et a obtenu l'accord du comité d'éthique de notre établissement.

2.5 Analyse statistique des résultats

Les données ont été recueillies grâce au logiciel Excel[®] (Microsoft Corporation, Richmond, Virginie, USA). L'analyse statistique des données a été réalisée en utilisant le logiciel StatView[®] (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, USA). Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne (\pm déviation standard) en l'absence de normalité de la distribution des variables. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 473 patients ont été analysés, parmi lesquels 332 (70,2%) ont été inclus au CHU de Poitiers et 141 (29,8%) au CH de Niort. L'âge moyen de la population était de 81,6 ans et 52,6% étaient des hommes (n= 249). L'antécédent le plus fréquemment retrouvé était l'hypertension artérielle (77,4%). Les antécédents d'insuffisance cardiaque, de maladie vasculaire, d'AVC et de diabète représentaient respectivement 39,1, 33,8, 29 et 19,2%. Les patients étaient en majorité (80,6%) admis aux urgences pour un motif sans lien avec la FA. Les caractéristiques démographiques de la population étudiée sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

	<i>Nombre (%)</i>
Sexe	
- Homme	249 (52,6)
- Femme	224 (47,4)
Age moyen (ans)	81,6
Centre	
- Poitiers	332 (70,2)
- Niort	141 (29,8)
Motif d'admission	
- ACFA	22 (4,6)
- Médical non ACFA	381 (80,6)
- Traumatologie	70 (14,8)
Insuffisance cardiaque	185 (39,1)
HTA	366 (77,4)
Diabète	91 (19,2)
Maladie vasculaire	160 (33,8)
Antécédent AVC ou maladie embolique	137 (29)

3.2 Objectif principal

Sur les 473 patients étudiés, la majorité (55,8%) était déjà traitée par AVK, tandis que 11,6% étaient traités par un AOD. Au total, 27% des patients (n=128) ne recevaient pas un traitement adapté à leur risque thromboembolique : 109 patients avec un score CHA2DS2-VASc > 1 et 7 patients avec un score CHA2DS2-VASc = 1 ne recevaient aucun traitement anticoagulant. Douze patients avec un score CHA2DS2-VASc > 1 recevaient un traitement par antiagrégant plaquettaire. Un seul patient était traité malgré un CHA2DS2-VASc à 0. (Tableau 2)

Tableau 2 : Thérapeutique anticoagulante en fonction du CHA2DS2-VASc

		Traitement						Données manquantes	Total	
		AOD	AVK	Héparine	Aspirine	Aucun	Hors Objectif #			
CHA2DS2-VASc	0	Effectif	0	0	0	1	9	0	1	11
		% *	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	81,8%	0,0%	9,1%	100,0%
	1	Effectif	2	4	0	0	7	7	1	14
		% *	14,3%	28,6%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	7,1%	100,0%
	>1	Effectif	53	260	10	12	109	121	4	448
		% *	11,8%	58,1%	2,2%	2,7%	24,3%	27,0%	0,9%	100,0%
Total	Effectif	55	264	10	13	125	128	6	473	
	%	11,6%	55,8%	2,1%	2,8%	26,4%	27,0%	1,3%	100,0%	

Aspirine ou Aucun traitement

* Parmi le score de CHA2DS2-VASc correspondant

Sur les 128 patients ne recevant pas de traitement anticoagulant adapté, 53,9% d'entre eux étaient des hommes et 46,1% des femmes. La majorité des patients consultait pour un autre motif de venue que la fibrillation auriculaire (80,5%). (Tableau 3)

Tableau 3 : Caractéristiques des patients en FA ne recevant pas de traitement anticoagulant

Traitement	Aucun		Aspirine		Effectif total (%)
Score CHA2DS2-VASc	1	>1	1	>1	
Age moyen	59,9	85,1		81,2	
Sexe					
- Masculin	5	59	0	5	69 (53,9)
- Féminin	2	50	0	7	59 (46,1)
Total	7	109	0	12	128 (100)
Motif d'entrée					
- FA	0	1	0	2	3 (2,3)
- Non FA	7	87	0	9	103 (80,5)
- Traumatologie	0	21	0	1	22 (17,2)

3.3 Objectif secondaire

Parmi les 264 patients déjà traités par AVK, la majorité (77,3%, n=204) pouvait bénéficier de l'instauration d'un traitement par un AOD (Tableau 4). Les raisons d'une contre-indication aux AOD étaient les suivantes : dysfonction hépatique (n=7), saignement actif au moment de la prise en charge (n=33), insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire inférieur à 30mL/min/1,73m² (n=27). Certains patients pouvaient cumuler plusieurs contre-indications : un seul patient présentait une insuffisance rénale et hépatique concomitante, 5 patients présentaient une insuffisance rénale et un saignement actif, et un patient présentait une dysfonction hépatique associée à un saignement. Aucun patient n'a présenté une défaillance rénale, hépatique et un saignement actif en même temps. (Tableau 5)

Tableau 4 : Parmi la population de patients porteurs d'une FA connue ET anticoagulés par AVK, quels sont ceux qui pourraient bénéficier d'un traitement par AOD ?

			Traitement possible par AOD		Total
			Non	Oui	
CHA2DS2-VASc	>1	Effectif	60	200	260
		% *	23,1%	76,9%	100,0%
	=1	Effectif	0	4	4
		%*	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Effectif	60	204	264
		%	22,7%	77,3%	100,0%

* Parmi le score de CHA2DS2-VASc correspondant

Tableau 5 : Caractéristiques des 264 patients déjà sous AVK pouvant contre-indiquer l'utilisation d'un traitement par AOD

Caractéristiques	Nombre (%)
Dysfonction hépatique	7 (2,7)
Saignement	33 (12,7)
Insuffisance rénale (DFG<30mL/min/1,73m ²)	27 (10,4)
Risque hémorragique (HAS-BLED)	
Faible risque	152 (58,5)
Haut-risque	108 (41,5)

4. DISCUSSION

Au total, 473 patients ont été inclus dans l'étude sur une période de 5 mois. Cent vingt et un patients (27%) ne bénéficiaient pas d'une anticoagulation adaptée à leur risque thromboembolique. Parmi les patients déjà traités par AVK, une majorité (77.3%) était éligible à un éventuel changement de traitement pour un AOD.

4.1 Caractéristiques de la population étudiée

L'âge moyen de la population de notre étude était de 81,6 ans, avec une majorité d'hommes (53%, n= 249). Dans notre étude, l'antécédent le plus fréquemment rencontré était l'HTA (77%), ainsi que l'insuffisance cardiaque, un accident vasculaire cérébral et un diabète dans respectivement, 40, 29 et 19% des cas. Ces résultats sont comparables aux principales études européennes et américaines sur les patients porteurs d'une fibrillation atriale, notamment les études NACORA Switch, RE-LY et ARISTOLIE [15-18]. Les données démographiques de notre étude diffèrent de l'étude ROCKET AF présentée en 2010, qui comparait l'efficacité de la Warfarine au Rivaroxaban. Cette étude retrouvait un taux plus important de patients en insuffisance cardiaque, avec un population sensiblement plus jeune (70 ans en moyenne) [19]. La fréquence des patients en FA et en insuffisance rénale sur les études RE-LY, ARISTOLIE et ROCKET AF était respectivement de 19%, 15% et 21% [16,17,19]. Dans notre étude, cette fréquence était de 11%. Cette différence s'expliquait par le choix d'une définition de l'insuffisance rénale aiguë comme un DFG inférieur à 50 mL/min/m². Dans notre étude, nous avons opté pour une valeur inférieure à 30 mL/min/m². Il s'agit de la valeur seuil contre-indiquant l'utilisation de certains AOD. Dans l'étude CACAO en cours de réalisation, dont l'objectif est de décrire le profil des patients sous anticoagulants oraux suivis en médecine générale à travers une cohorte de 7 154 patients sous AVK et sous AOD, 4,5% de la population

traitée par AVK pour une FA présentait un DFG $<30\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Dans l'étude NACORA Switch, 1,1% des patients en FA et traités par AVK ont été exclus de l'étude en raison d'une insuffisance hépatique et 1,3% souffraient d'alcoolisme chronique [15]. Nous avons retrouvé une dysfonction hépatique chez 2,7% des patients de notre étude tandis qu'un alcoolisme chronique a été mis en évidence chez 4,6% des patients traités par AVK. Peu de données démographiques existent quant à la proportion d'insuffisance hépatique chez les patients en FA, et chez les patients en FA déjà traités par AVK.

4.2. Traitement non adapté au score CHA2DS2-VASc

Dans notre étude, 7 patients avec un score CHA2DS2-VASc égal à 1 ne recevaient aucun traitement antiagrégant ou anticoagulant, et 109 patients avec un score CHA2DS2-VASc supérieur à 1 ne recevaient aucun traitement anticoagulant. Ces résultats sont comparables à ceux de la méta analyse de Neuwlaat et al publiée en 2010 [20], et à l'étude de Bo et al [21] où 18,1% de la population sous AVK pour une FA n'était pas anticoagulée conformément au score CHA2DS2-VASc. On note toutefois une amélioration entre 2004 et 2010 où le taux de patients mal anticoagulés est passé de 33 à 25% [22,23]. Les résultats de l'objectif principal peuvent être influencés par l'âge moyen avancé de notre population, supérieur à 80 ans. Certains patients peuvent ne pas être anticoagulés, volontairement, devant un risque de complications hémorragiques élevé (via le calcul du score HAS-BLED, où sur décision médicale devant un risque de chute élevé), évalués par les spécialistes prenant en charge le patient de manière pluridisciplinaire (médecins traitant, gériatres, cardiologues). Le mode de recueil de données ne nous a pas permis de différencier si l'indication d'un traitement par Aspirine était pour une cause vasculaire ou en lien avec une FA.

4.3 Remplacement d'un AVK par un AOD

Les AOD qui ont fait l'objet d'essais multicentriques, ont tous prouvé leur non-infériorité par rapport aux AVK en terme d'efficacité et de sécurité chez les patients porteurs d'une FA non valvulaire. Les nouvelles recommandations mettent en avant ces AOD par rapport aux AVK (recommandation de niveau IIa), chez la plupart de ces patients, en fonction du score CHA2DS2-VASc [24]. En l'absence d'étude comparative, il n'y a pas à l'heure actuelle d'éléments permettant de recommander un des AOD par rapport à un autre. Des recommandations ont été émises sur le remplacement d'un AVK par un AOD, dans la prise en charge des patients nécessitant des actes invasifs. Elles tiennent compte de la demie vie courte des AOD par rapport aux AVK et soulignant la nécessité d'un apprentissage des règles de prescription de ces nouveaux produits [24]. Dans notre étude, 77 % des patients anticoagulés par AVK pour une FA auraient pu être éligibles à une modification de leur traitement par AOD.

4.4 Limites de l'étude

Notre étude comportait certaines limites. En premier lieu son caractère rétrospectif a pu entraîner un biais de recueil de données. Une étude prospective, de plus grande ampleur, permettrait de confirmer les résultats avancés dans notre étude. Par ailleurs, un biais de sélection peut être retrouvé dans la méthode d'inclusion : il s'agissait d'une étude portant sur une population de patients admis aux urgences, et donc potentiellement non représentative de l'entière population des patients porteurs d'une FA. Selon les dernières recommandations de l'ESC de septembre 2016 sur la fibrillation auriculaire, l'attitude thérapeutique change concernant l'anticoagulation. En effet, une anticoagulation par AOD est à privilégier si le score CHA2DS2-VASc est supérieur ou égal à 2 chez un homme, et 3 chez une femme [7].

5. CONCLUSION

La FA non valvulaire est le trouble du rythme le plus fréquemment rencontré en médecine d'urgence. Cette pathologie est associée à un risque accru d'AVC et d'insuffisance cardiaque. Devant les complications thromboemboliques fréquentes, l'ESC recommande l'instauration d'un traitement anticoagulant en fonction du score CHA2DS2-VASc lors de la prise en charge initiale. Nous avons mis en évidence que parmi la population de patients en FA connue et admis aux urgences, 27% ne recevaient pas un traitement adapté au score CHA2DS2-VASc. Parmi les patients en FA, nécessitant une anticoagulation et déjà traités par AVK, une majorité (77,3%) était éligible à un remplacement de leur traitement par un AOD.

6. BIBLIOGRAPHIE

- [1] John Camm A, Gregory YH Lip, De Caterina R, et al. ESC Clinical Practice Guidelines - European Heart Journal 2012;33:2719-2747.
- [2] Atzema CL, Austin PC, Miller E, et al. A population-based description of atrial fibrillation in the emergency department, 2002 to 2010. *Ann Emerg Med* 2013;62:570–7.
- [3] Taboulet P, Duchenne J, Lefort H, et al. (2015) Management of Atrial Fibrillation in Emergency Medicine. French Society of Emergency Medicine (SFMU) Guidelines with the Contribution of the French Society of Cardiology (SFC).
- [4] Lip G. What is the most effective and safest delivery of thromboprophylaxis in atrial fibrillation? *J R Coll Physicians Edinb* 2012;42(Suppl 18):35–44.
- [5] Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al. 2012 focused update of the ESC guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 33:2719–47. Erratum in (2013) *Eur Heart J* 34:790 and 2850–1.
- [6] John Camm A, Kirchhof P, Gregory YH Lip, et al. ESC Clinical Practice Guidelines - European Heart Journal 2010;31:2369–2429.
- [7] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*. 2016. doi:10.1093/eurheartj/ehw210.
- [8] Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest* 2010;137:263–72.
- [9] Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31:2369–429. Erratum in 2011 *Eur Heart J* 2011;32:1172.
- [10] Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R et al. A novel userfriendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients. The Euro Heart Survey. *Chest* 2010;138:1093–100.
- [11] Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI et al. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857–67.
- [12] January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. American College of Cardiology (AHA)/American Heart Association (ACC)/ Heart Rhythm Society (HRS) guideline for the management of patients with atrial fibrillation: Executive summary: a report of the AHA/ACC task force on practice guidelines and the HRS. *Circulation* 2014;130:2071–104.

- [13] Gussoni G, Di Pasquale G, Vescovo G, et al. Decision-making for oral anticoagulants in atrial fibrillation: the ATA-AF study. *Eur J Intern Med* 2013;24:324–32.
- [14] Lip GY, Laroche C, Dan GA, et al. A prospective survey in ESC member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) pilot general registry. *Europace* 2014 ;16:308–19.
- [15] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Etude NACORA Switch – Juin 2014.
- [16] Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. The RE-LY steering committee and investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-51.
- [17] Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV, et al. Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:981-92.
- [18] Gregory P, Samsa, David B, et al. Quality of Anticoagulation Management Among Patients With Atrial Fibrillation. Results of a Review of Medical Records From 2 Communities *Arch Intern Med*. 2000;160(7):967-973.
- [19] Manesh R, Patel MR, Mahaffey KW et al. The ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2011.
- [20] Nieuwlaat R, Capucci A, Camm AJ, et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J*. 2005;26(22):2422-34.
- [21] Bo S, Valpreda S, Scaglione L, et al. Implementing hospital guidelines improves warfarin use in non-valvular atrial fibrillation: a before-after study. *BMC Public Health*. 2007;7:203.
- [22] Jackson SL, Peterson GM, Vial JH, et al. A community-based educational intervention to improve antithrombotic drug use in atrial fibrillation. *Ann Pharmacother*. 2004;38:1794-1799.
- [23] McNulty SJ, Hutchinson D, Hardy KJ. Implementation of antithrombotic management in atrial fibrillation. *Postgrad Med J*. 2000;76:783-786.
- [24] Davy J-M, Leenhardt A. Mise à jour ciblée des recommandations de l'ESC sur la prise en charge de la fibrillation atriale. Elsevier Masson SAS 2013. *AMC pratique* 2013;220:39.

RESUME

Introduction : La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme le plus fréquemment rencontré en médecine d'urgence. Notre but était d'évaluer le niveau d'anticoagulation des patients porteurs d'une FA connue à l'admission aux urgences.

Matériel et méthodes : Etude observationnelle, bi-centrique, rétrospective, réalisée aux SAU du CHU de Poitiers et du CH de Niort, sur une période de 5 mois. Les patients porteurs d'une FA non valvulaire connue, quel que soit leur motif d'admission au SAU ont été inclus. L'objectif principal était de connaître la proportion de patients en FA ne bénéficiant pas d'une anticoagulation adaptée à leur score CHA2DS2-VASc. L'objectif secondaire était de connaître la proportion de patients déjà anticoagulés par AVK et pouvant bénéficier de l'instauration d'un traitement par AOD.

Résultats : Au total, 473 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 81,6 ans et 52,6% étaient des hommes. Cent vingt-huit patients (27%) ne bénéficiaient pas d'un traitement adapté à leur risque thromboembolique : 116 patients ne recevaient aucun traitement anticoagulant et 12 patients recevaient un traitement par antiagrégant plaquettaire. Parmi les patients traités par AVK, la majorité (77%) était éligible à un remplacement de leur traitement par un AOD.

Conclusion : Un nombre important de patients en FA ne sont pas anticoagulés de manière optimale, et une majorité pourrait bénéficier de l'instauration d'un traitement par AOD selon les dernières recommandations de l'ESC 2016.

Mots clés : Fibrillation atriale, AVK, AOD, anticoagulation, urgences



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction : La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme le plus fréquemment rencontré en médecine d'urgence. Notre but était d'évaluer le niveau d'anticoagulation des patients porteurs d'une FA connue à l'admission aux urgences.

Matériel et méthodes : Etude observationnelle, bi-centrique, rétrospective, réalisée aux SAU du CHU de Poitiers et du CH de Niort, sur une période de 5 mois. Les patients porteurs d'une FA non valvulaire connue, quel que soit leur motif d'admission au SAU ont été inclus. L'objectif principal était de connaître la proportion de patients en FA ne bénéficiant pas d'une anticoagulation adaptée à leur score CHA2DS2-VASc. L'objectif secondaire était de connaître la proportion de patients déjà anticoagulés par AVK et pouvant bénéficier de l'instauration d'un traitement par AOD.

Résultats : Au total, 473 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 81,6 ans et 52,6% étaient des hommes. Cent vingt-huit patients (27%) ne bénéficiaient pas d'un traitement adapté à leur risque thromboembolique : 116 patients ne recevaient aucun traitement anticoagulant et 12 patients recevaient un traitement par antiagrégant plaquettaire. Parmi les patients traités par AVK, la majorité (77%) était éligible à un remplacement de leur traitement par un AOD.

Conclusion : Un nombre important de patients en FA ne sont pas anticoagulés de manière optimale, et une majorité pourrait bénéficier de l'instauration d'un traitement par AOD selon les dernières recommandations de l'ESC 2016.

Mots clés : Fibrillation atriale, AVK, AOD, anticoagulation, urgences