

Liste de vérification des meilleures pratiques en matière de fibrillation et de flutter auriculaires aigus de l'ACMU

Ian G. Stiell, MD, MSc^{*†}; Frank X. Scheuermeyer, MD, MHSc[‡]; Alain Vadeboncoeur, MD^{§¶}; Paul Angaran, MD^{||}; Debra Eagles, MD, MSc^{*†}; Ian D. Graham, PhD^{†**}; Clare L. Atzema, MD, MSc^{†††}; Patrick M. Archambault, MD, MSc^{§§}; Troy Tebbenham, MD^{¶¶}; Kerstin de Wit, MD, MSc^{|||}; Andrew D. McRae, MD, PhD^{***}; Warren J. Cheung, MD, MMed^{*†}; Marc W. Deyell, MD, MSc^{†††}; Geneviève Baril, MD^{†††}; Rick Mann, MD^{§§§}; Rupinder Sahsi, MD^{¶¶¶}; Suneel Upadhye, MD, MSc^{|||}; Catherine M. Clement, RN[†]; Jennifer Brinkhurst, BAH[†]; Christian Chabot^{****}; David Gibbons^{†††}; Allan Skanes, MD^{†††}

La Liste de vérification des meilleures pratiques en matière de fibrillation et de flutter auriculaires aigus de l'ACMU vise à aider les médecins d'urgence du Canada et d'ailleurs à traiter les patients qui se présentent au département d'urgence (DU) avec des symptômes aigus ou récents de fibrillation ou de flutter auriculaires. La liste concerne essentiellement les patients présentant un problème de fibrillation auriculaire aigu (FAA) ou de flutter auriculaire aigu (FLAA), qu'il s'agisse de symptômes récents (de novo ou récurrents, paroxystiques ou persistants), apparus en général dans les 48 heures ou de symptômes depuis jusqu'à sept jours. Ces cas d'arythmie sont les plus couramment traités par les urgentologues.^{1,2} Les médecins d'urgence du Canada publient régulièrement des études sur le sujet et soignent rapidement et efficacement les patients se présentant au DU avec de tels symptômes.³⁻⁵

Ce projet a vu le jour grâce à une subvention de recherche du Réseau canadien sur l'arythmie cardiaque (CANet). Ces lignes directrices ont fait l'objet d'une recommandation officielle de l'Association canadienne

des médecins d'urgence (ACMU). Nous avons adapté, à l'intention des urgentologues, les excellentes lignes directrices produites par la Société canadienne de cardiologie (SCC).⁶⁻⁸ La Société a appliqué un processus rigoureux, fondé sur le système d'évaluation GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), pour élaborer et réviser ses lignes directrices de pratique.^{9,10} Avec l'aide de notre spécialiste en méthodes scientifiques (IG), nous avons suivi le processus CAN-IMPLEMENT[®], adaptation canadienne du processus d'ADAPTE Collaboration.¹¹⁻¹³ Nous avons mis sur pied un Comité consultatif de dix (10) urgentologues universitaires (dont un spécialiste des thromboses), de quatre (4) urgentologues provenant de milieux communautaires, de trois (3) cardiologues, d'un (1) spécialiste (PhD) des méthodes scientifiques et de deux (2) patients. Nous nous sommes concentrés sur quatre (4) aspects des soins dispensés au DU: l'évaluation et la stratification du risque; le contrôle de la fréquence et la conversion au rythme sinusal, la prévention de l'AVC à

Du *Department of Emergency Medicine, University of Ottawa, Ottawa, ON; †Ottawa Hospital Research Institute, Clinical Epidemiology Program, Ottawa, ON; ‡Department of Emergency Medicine, University of British Columbia, Vancouver, BC; §Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Université de Montréal, Montréal, QC; ¶Emergency Medicine Services, Montreal Heart Institute, Montreal, Canada; ||Division of Cardiology, Terrence Donnelly Heart Centre, St Michael's Hospital, University of Toronto, Toronto, ON; **School of Epidemiology and Public Health, University of Ottawa, Ottawa, ON; ††Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, ON; †††Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON; §§Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Université Laval, Laval, QC; ¶¶Peterborough Regional Health Centre, Peterborough, ON; |||Division of Emergency Medicine, Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, ON; ***Department of Emergency Medicine, University of Calgary, Calgary, AB; ††††Heart Rhythm Services, Division of Cardiology, University of British Columbia, Vancouver, BC; †††††Hôpital de Granby, Granby, QC; §§§Trillium Health Partners, Mississauga Hospital, Mississauga, ON; ¶¶¶Division of Emergency Medicine, Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, ON; ||||St. Mary's General Hospital, Kitchener, ON; ****Quebec City, QC; †††††Division of Cardiology, Western University, London, ON.

Correspondence avec : Dr. Ian G. Stiell, Clinical Epidemiology Unit, F657, The Ottawa Hospital, 1053 Carling Avenue, Ottawa, ON K1Y 4E9 Canada; E-mail: istiehl@ohri.ca

court et à long terme, ainsi que l'orientation et le suivi des patients. Les Membres du Comité consultatif se sont réunis pour une réunion de deux jours en mars 2017, puis ont communiqué entre eux par téléconférence et courriel. L'élaboration et la révision de cette liste sommaire ont suivi un processus itératif de discussions et commentaires, pendant lequel les panélistes ont abordé un à un ses différents éléments. Cette révision a nécessité dix itérations avant d'aboutir à un consensus. Nous avons ensuite transmis pour commentaires la version préliminaire de cette liste à quelque 300 collègues urgentologues et cardiologues. Nous avons incorporé leurs commentaires recueillis par courriel, puis élaboré une version finale pour la faire approuver par les panélistes.

Durant les processus de concertation et de rétroaction, nous avons abordé certains problèmes et préoccupations, pour des sujets exigeant parfois de longues discussions. Nous avons ainsi consacré beaucoup de temps à définir ce que l'on entend par « instabilité hémodynamique » et à constater qu'un grand nombre de patients en état d'instabilité hémodynamique souffrent en fait de problèmes médicaux sous-jacents et non d'une arythmie primaire. Dans la mesure du possible, nous avons également choisi de simplifier les contenus, par exemple en mentionnant uniquement le procainamide comme outil de cardioversion pharmacologique, bien que d'autres médicaments, le vernakalant, l'ibutilide, le propafénone, le flécaïnide et l'amiodarone, ont aussi fait l'objet de discussions. Nous avons également tenté de formuler des recommandations précises de posologie, sachant que les médecins peuvent se référer à d'excellents ouvrages pharmacologiques. Le Comité consultatif estime que, de manière générale, la stratégie de cardioversion (CV) et de congé utilisée au DU présente des avantages dans la plupart des cas, tant pour le patient que pour le système de santé. Une recommandation longuement discutée propose d'envisager le contrôle de la fréquence ou la CV guidée par échocardiographie transœsophagienne (ETO) si les symptômes d'arythmie durent depuis 24 à 48 heures et si le patient répond à au moins deux critères CHADS65. Cette recommandation repose sur de récentes données probantes finlandaises.^{14,15} Nous insistons par ailleurs sur l'importance d'évaluer le risque d'AVC à long terme à l'aide de l'algorithme CHADS65 et nous encourageons les médecins d'urgence à prescrire des anticoagulants lorsqu'ils sont indiqués.

Nous espérons que ce *Liste de vérification des meilleures pratiques en matière de fibrillation et de flutter auriculaires aigus de l'ACMU* permettra d'harmoniser le traitement de la FAA et du FLAA dans les urgences de tous les niveaux. Nous estimons qu'il est possible de prendre en charge ces patients rapidement et sécuritairement et de leur donner leur congé précocement afin qu'ils puissent reprendre leurs activités habituelles.

Remerciements : La production de ce liste de vérification a été rendue possible grâce à un apport financier du Réseau canadien sur l'arythmie cardiaque (CANet), financé par les Réseaux de centres d'excellence (RCE) du Canada. Le Dr Stiell a reçu des fonds de participation à des études cliniques de Boehringer Ingelheim Canada Ltd. et de JDP Therapeutics. Le Dr Angaran a reçu une bourse de recherche et des honoraires de BMS-Pfizer Alliance, de Boehringer Ingelheim et de Servier. Le Dr DeWit a reçu une bourse de recherche de Bayer. Le Dr Deyell a reçu des honoraires et une bourse de recherche de Biosense Webster, de Bayer, de Bristol-Myers-Squibb, d'Abbott et de Servier. Le Dr Skanes a reçu des honoraires de Boehringer Ingelheim, de Bayer, de Pfizer et de Servier. Le Dr Tebbenham a reçu des honoraires de Cardiome Pharma Corp. Nous remercions les centaines d'urgentologues et de cardiologues qui ont passé en revue la version préliminaire des lignes directrices et formulé des commentaires très utiles.

RÉFÉRENCES

1. Connors S, Dorian P. Management of supraventricular tachycardia in the emergency department. *Can J Cardiol* 1997;13(Suppl A):19A-24A.
2. Michael JA, Stiell IG, Agarwal S, Mandavia DP. Cardioversion of paroxysmal atrial fibrillation in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1999;33:379-87.
3. Scheuermeyer FX, Innes G, Pourvali R, et al. Missed opportunities for appropriate anticoagulation among emergency department patients with uncomplicated atrial fibrillation or flutter. *Ann Emerg Med* 2013;62(6):557-65.
4. Atzema CL, Yu B, Ivers N, et al. Incident atrial fibrillation in the emergency department in Ontario: a population-based retrospective cohort study of follow-up care. *CMAJ Open* 2015;3(2):E182-91.
5. Stiell IG, Clement CM, Rowe BH, et al. Outcomes for ED Patients with Recent-onset Atrial Fibrillation and Flutter (RAFF) Treated in Canadian Hospitals. *Ann Emerg Med* 2017;69(5):562-71.
6. Stiell IG, Macle L. Canadian cardiovascular society atrial fibrillation guidelines 2010: management of recent-onset atrial fibrillation and flutter in the emergency department. *Can J Cardiol* 2011;27(1):38-46.
7. Verma A, Cairns JA, Mitchell LB, et al. Focused update of the canadian cardiovascular society guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol* 2014;30(10):1114-30.

8. Macle L, Cairns J, Leblanc K, et al. Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol* 2016;32(10):1170-85.
9. Gillis AM, Skanes AC. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: implementing GRADE and achieving consensus. *Can J Cardiol* 2011;27(1):27-30.
10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336(7650):924-6.
11. The ADAPTE Collaboration. Guideline Adaptation: A Resource Toolkit. Version 2.0; 2009. Available at: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>.
12. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, et al. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implement Sci* 2013;8:49.
13. Harrison MB, van den Hoek J, Graham ID. *CAN-IMPLEMENT: Planning for best-practice implementation*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
14. Nuotio I, Hartikainen JE, Gronberg T, et al. Time to cardioversion for acute atrial fibrillation and thromboembolic complications. *JAMA* 2014;312(6):647-9.
15. Stiell IG, Healey JS, Cairns JA. Safety of urgent cardioversion for patients with recent-onset atrial fibrillation and flutter. *Can J Cardiol* 2015;31(3):239-41.

ANNEXES

Liste de vérification **des meilleures pratiques**
en matière de fibrillation et de flutter auriculaires aigus de l'ACMU

Panélistes

Médecins d'urgence des centres académiques

Ian Stiell – Ottawa
 Frank Scheuermeyer – UBC
 Suneel Upadhye – McMaster
 Clare Atzema – Toronto
 Andrew McRae – Calgary
 Kerstin de Wit – McMaster (thrombose)
 Patrick Archambault – Laval
 Warren Cheung – Ottawa
 Debra Eagles – Ottawa
 Alain Vadeboncoeur – Montréal

Spécialiste de la méthode scientifique

Ian Graham – Ottawa

Personnel d'Ottawa

Cathy Clement
 Jennifer Brinkhurst

Médecins d'urgence des hôpitaux communautaires

Troy Tebbenham – Peterborough
 Rick Mann – Mississauga
 Rupinder Sahsi – Kitchener
 Geneviève Baril – Granby

Cardiologues

Allan Skanes – Western
 Paul Angaran – Toronto
 Marc W. Deyell – UBC

Patients

Christian Chabot – Québec
 David Gibbons – Ottawa

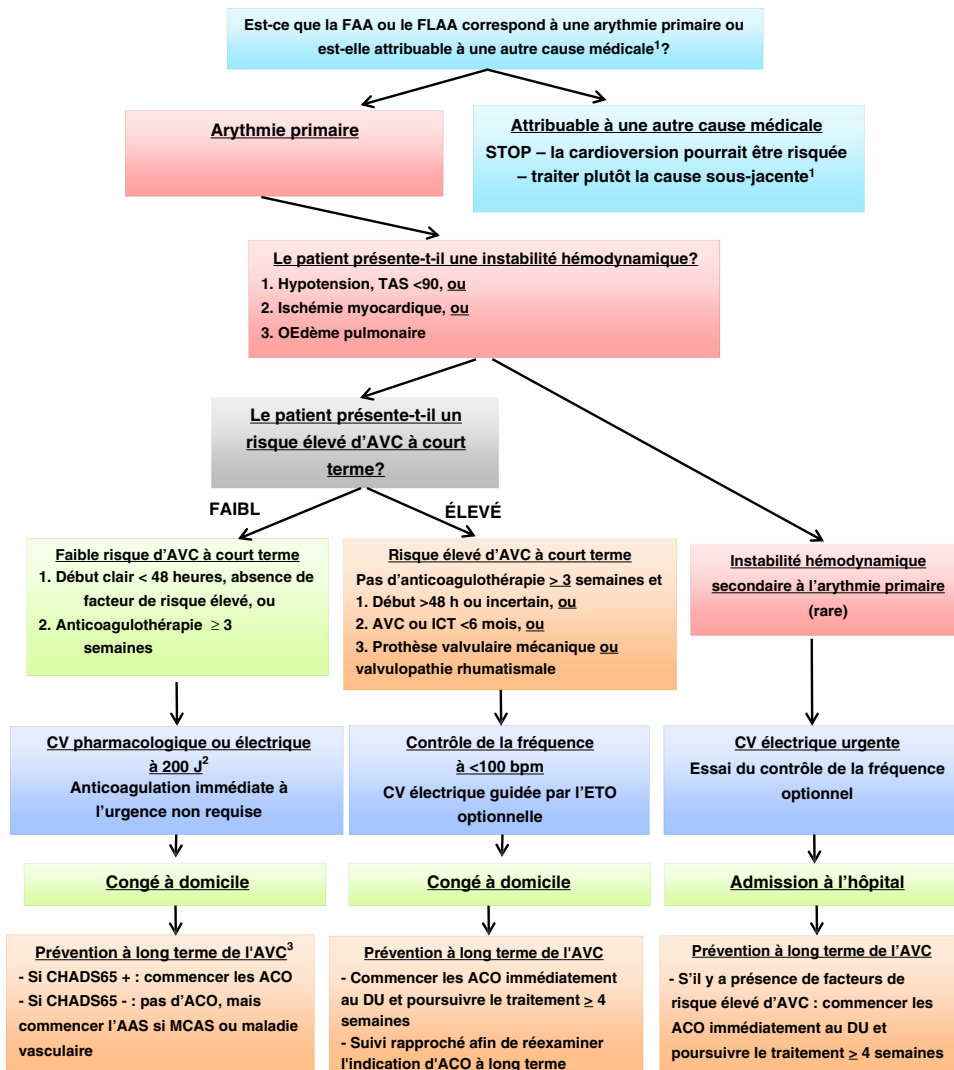


Figure 1. Algorithme de traitement des patients se présentant à l'urgence avec des symptômes de fibrillation (FAA) ou de flutter auriculaires aigus (FLAA). Adaptation de la figure 2, SCC, 2014⁷

Notes.

* Tenir compte du contexte médical (p. ex., sepsis, saignements, EP, insuffisance cardiaque, SCA et autres) en particulier si symptômes non récents, FC < 150, fièvre, FA permanente connue : la CV pourrait être risquée; éviter également le contrôle de la fréquence; effectuer plutôt un examen approfondi puis traiter agressivement le problème sous-jacent.

† Envisager une CV guidée par l'échocardiographie transœsophagienne (ETO) si l'épisode dure depuis plus de 24 à 48 heures et s'il y a présence d'au moins deux critères du CHADS65.

‡ Commencer les ACO si CHADS65 + ; cesser l'AAS si maladie cardiovasculaire stable; consulter en cardiologie s'il y a une maladie coronarienne, plusieurs antiplaquettaires ou une dilatation coronarienne récente (voir la figure 2).

AAS = acide acétylsalicylique; ACO = anticoagulants oraux; AIT = accident ischémique transitoire; CHADS65 = âge ≥ 65 ans, insuffisance cardiaque congestive, hypertension, diabète, accident vasculo-cérébral ou accident ischémique transitoire; CV = cardioversion; FAA = fibrillation auriculaire aiguë; FLAA = flutter auriculaire aigu; MCAS = maladie cardiaque athérosclérotique; NACO = nouveaux anticoagulants oraux.

A. Évaluation et stratification du risque

1a) FAA ou FLAA correspondant à une arythmie primaire ou bien secondaire à une autre cause médicale?

- Attribuable à une autre cause médicale (habituellement chez les patients souffrant de FA connue ou permanente), par exemple : sepsis, saignement, EP, insuffisance cardiaque, SCA ou autre**
 - effectuer un examen approfondi et traiter agressivement le problème de santé sous-jacent
 - la cardioversion peut être risquée
 - éviter le contrôle de la fréquence
- Arythmie primaire**

Conseils pratiques – Plus souvent secondaire à une autre cause médicale dans les cas suivants :

- symptômes non récents, aucune palpitation
- FA permanente connue, sous ACO, ECG antérieur avec FA
- aucun historique de cardioversion au DU
- FC <150
- fièvre, dyspnée, douleur

1b) Le patient présente-t-il une instabilité hémodynamique?

- **Une instabilité hémodynamique secondaire à une FAA ou un FLAA primaires est rare, sauf en présence d'une pré-excitation ventriculaire rapide (WPW)**
 - i) hypotension** : TAS <90 ou signes de choc (p. ex., altération de l'état mental)
 - ii) ischémie myocardique** : douleur thoracique continue ou ECG avec sous-décalage important du segment ST (>2mm) malgré traitement
 - iii) œdème pulmonaire** : dyspnée, râles crépitant et hypoxie marqués

2a) Stabilité hémodynamique – Faible risque d'AVC à court terme

- Début si délai < 48 heures OU**
 - Si durée de 24 à 48 h et ≥ deux critères CHADS65, le risque pourrait être plus élevé
- NACO / warfarine pendant au moins trois (3) semaines**

2b) Stabilité hémodynamique – Risque d'AVC élevé à court terme

- Si aucun ACO / ACO insuffisant ET**
- l'un des critères suivants :**
 - début > 48 heures ou inconnu ou**
 - AVC/AIT <6 mois ou**
 - cardiopathie valvulaire : mécanique (RIN visé >2,5) ou sténose mitrale rhumatismale**

Conseils pratiques – Comment savoir si l'ACO est thérapeutique x 3 semaines?

- jugement de l'urgentologue
- NACO – confirmer la compliance à l'histoire
- warfarine
 - RIN actuel >2,0 ?
 - RIN récent >2,0 ?
 - RIN récent thérapeutique confirmé au questionnaire ?
 - aucun changement récent de posologie ?

B. Conversion en sinusal ou contrôle de la fréquence

□ 1) Instabilité hémodynamique secondaire à l'arythmie primaire

- **Instabilité hémodynamique secondaire à FAA / FLAA rare**
 - CV électrique urgente si début < 48 h ou syndrome de WPW
 - Envisager un essai de contrôle de la fréquence si début > 48 h

□ 2a) Stabilité hémodynamique – Faible risque d'AVC à court terme

- **Conversion au rythme sinusal préconisé** – *qualité de vie du patient, séjour hospitalier plus court, moins de ressources hospitalières utilisées*
 - anticoagulothérapie immédiate au DU non requise
 - si début entre 24 et 48 h et si \geq deux critères CHADS65, envisager le contrôle de la fréquence ou une CV guidée par l'ETO
- **Contrôle de la fréquence acceptable, en fonction de la préférence du patient et du médecin**
 - par exemple : pour les patients âgés présentant de très légers symptômes

□ 2b) Stabilité hémodynamique – Risque d'AVC élevé à court terme

- **Contrôle de la fréquence recommandé**
- **Conversion au rythme sinusal seulement si l'échocardiographie transœsophagienne (ETO) ne montre aucune contre-indication**
 - nécessite une transition avec HBPM ou bien un NACO

□ 3a) Conversion au rythme sinusal

- **CV pharmacologique ou électrique acceptables, selon le choix du patient et du médecin**
 - tenir compte des épisodes précédents; si une stratégie ne fonctionne pas, essayer l'autre
- **Pré-traitement de contrôle de la fréquence non recommandé** – *inefficace et retarde le traitement*
 - **CV pharmacologique**
 - **Procaïnamide IV** – 15 mg/kg dans 500 ml NS en 30 à 60 minutes;
 - éviter si TAS < 100 mmHg ou intervalle QTc > 500 ms
 - interrompre la perfusion si chute de la TA ou net élargissement des QRS (> 30 %)
 - vérifier le QTc après la conversion
 - **Amiodarone IV non recommandée** – *lente, faible efficacité*
 - **Options moins courantes** : vernakalant ou ibutilide IV, propafénone ou flécaïnide par voie orale
 - **CV électrique**
 - **Préparation** – *minimum 2 membres du personnel (Inf./Inhalo ou Inf./Inf.), 2^e médecin souhaitable*
 - **Procédure de sédation suivant la pratique locale** – *p. ex., fentanyl, propofol*
 - **Positionnement des électrodes** – *antéro-latéral ou antéro-postérieur, au choix;*
 - éviter le sternum, le tissu mammaire; en cas d'échec, exercer une pression avec les électrodes, essayer l'autre position
 - **Commencer avec 200 joules en mode synchronisé** – *éviter une énergie plus faible*
- **La plupart des patients peuvent obtenir leur congé dans les 30 minutes suivant la conversion**

□ 3b) Contrôle de la fréquence

- **Bloqueurs des canaux calciques (BCC) ou bêta bloquants (BB) en première intention**
 - si le patient prend déjà des BCC ou des BB oraux, choisir d'abord parmi la même classe de médicaments
 - si le contrôle de la fréquence est difficile, envisager l'autre classe, la digoxine IV ou consulter en cardiologie
- **BCC** : éviter en cas d'insuffisance cardiaque aiguë ou d'une dysfonction ventriculaire gauche connue
 - diltiazem 0,25 mg/kg IV en 10 min; répéter q15-20 min 0,35 mg/kg jusqu'à 3 doses

- débuter 30 à 60 mg PO dans les 30 min après contrôle de la fréquence par voie IV
- au congé, prescrire 30 à 60 mg PO qid ou 120 à 240 mg PO à libération prolongée die
- **BB** – métoprolol 2,5 à 5 mg IV en 2 min, répéter q 15-20 min jusqu'à 3 doses
 - débuter 25-50 mg PO dans les 30 min après le contrôle de la fréquence par voie IV
 - au congé, prescrire 25 à 50 mg bid
- **Digoxine en 2^e intention, effet plus lent** – dose initiale de 0,25 à 0,5 mg, puis 0,25mg IV q 4 à 6 h jusqu'à un maximum de 1,5 mg en 24 h; utiliser avec prudence en cas d'insuffisance rénale
 - envisager en première intention si hypotension ou insuffisance cardiaque aiguë
- **Fréquence cardiaque cible** : <100 bpm au repos, <110 en marchant

□ **4) Pré-excitation ventriculaire rapide (syndrome de WPW)**

- **CV électrique urgente**
- **Procainamide IV si stabilité hémodynamique**
 - **agents bloqueurs du nœud AV contre-indiqués** (digoxine, inhibiteurs des canaux calciques, bêta bloquants, adénosine, amiodarone)



Figure 2. Pré-excitation ventriculaire rapide

C. Prévention à long terme de l'AVC

□ 1) Algorithme CHADS65⁸ – Voir la figure 3

- **Traitement antithrombotique prescrit au congé pour prévenir à long terme l'AVC**
 - **Si CHADS65 + : commencer l'anticoagulothérapie**
 - *NACO préférable à la warfarine*
 - *employer la warfarine en présence de valve cardiaque mécanique, de sténose mitrale rhumatismale ou d'insuffisance rénale sévère (ClCr <30 ml/min)*
 - *pour diminuer le risque de saignement : utiliser avec prudence si risque de chute très élevé; conseiller de cesser les AINS et la surconsommation d'alcool*
 - *si MCAS stable, cesser l'AAS*
 - *si MCAS avec 2^e anti-plaquettaire ou dilatation coronarienne récente (<12 mois), consulter en cardiologie*
 - **Si CHADS65 - : pas d'indication d'ACO**
 - **Si CHADS65 - et maladie coronarienne ou maladie vasculaire athérosclérotique (aortique, périphérique) stable : commencer l'AAS à 81 mg die**
 - *faire un suivi en cardiologie pour les patients déjà sous antiplaquettaires*
 - **Si CV guidée par ETO, commencer les NACO immédiatement et poursuivre x 4 sem (début d'action rapide)**
 - *si warfarine, transition avec l'HBPM requise*
 - *suivi en cardiologie pour la prévention de l'AVC à long terme*
- **Généralement, prescrire des ACO aux patients dont l'arythmie se convertit spontanément en sinusal en respectant les critères du CHADS65**
- Les médecins prescrivant des ACO devraient impliquer les patients dans la prise de décision afin de tenir compte de leurs préférences en matière de risques et de bénéfices

□ 2a) NACO

- **Voir l'appli (en anglais) de Thrombose Canada pour plus de détails; à éviter chez les femmes enceintes ou qui allaitent**
- **Ne pas utiliser si ClCr <30 ml/min**
- **Selon les listes de médicaments provinciales et territoriales, il faudra peut-être des codes d'exception, par exemple si la warfarine ne produit pas l'effet escompté ou s'il est impossible mesurer le RIN.**
 - **Dabigatran** – 150 mg bid; prescrire 110 mg bid si 80 ans ou >75 ans avec risque de saignement
 - **Rivaroxaban** – 20 mg die; utiliser 15 mg die si ClCr entre 30 et 49 ml/min
 - **Apixaban** – 5 mg bid; prescrire 2,5 mg bid si 2 / 3 critères suivants présents : 1) créatinémie ≥ 133 $\mu\text{mol/L}$, 2) âge ≥ 80 ans ou 3) poids ≤ 60 kg
 - **Edoxaban** – 60 mg die; utiliser 30 mg die si ClCr entre 30 et 50 ml/min ou poids ≤ 60 kg; interactions médicamenteuses importantes

□ 2b) Warfarine

- **Commencer la warfarine : 5 mg die; 1 à 2 mg die si le patient est frêle, de petit poids ou de descendance asiatique**
 - *transition avec héparine non requise, sauf si CV guidée par ETO*

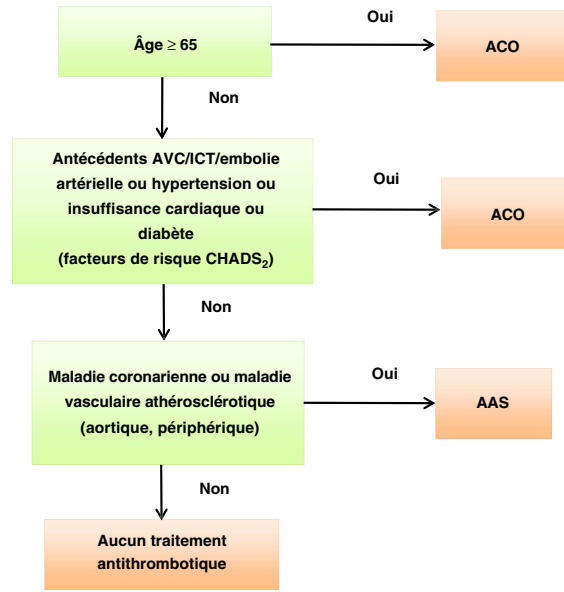


Figure 3. « Algorithme de la SCC » (« CHADS65 ») pour la prévention à long terme de l'AVC en cas de FA/Flutter

D. Orientation et suivi

1) Admission à l'hôpital

- L'hospitalisation se révèle rarement nécessaire dans les cas de FAA ou de FLAA sans complication, sauf dans les situations suivantes :
 - symptômes encore importants malgré un traitement approprié
 - SCA accompagné d'une douleur thoracique significative, d'une élévation des troponines et d'un changement à l'ECG
 - non requis de toujours mesurer la troponine, une légère élévation en raison d'une demande accrue est fréquente et attendue
 - insuffisance cardiaque aiguë non améliorée par les traitements reçus au DU

2) Traitement antithrombotique pour prévenir à long terme l'AVC

- Si CHADS65 +, prescrire des NACO ou de la warfarine, en cas de conversion au rythme sinusal et pour l'approche par contrôle de la fréquence
- Si CHADS65 - et CAD ou maladie vasculaire stables, poursuivre le traitement ou prescrire l'AAS

3) Suivi

- Contrôler le RIN tous les 3 à 5 jours si la warfarine est commencée
- Recommander un suivi médical <7 jours si ajout de warfarine ou de médication pour le contrôle de la fréquence
- Recommander un suivi en cardiologie ou en médecine interne dans les 4 à 6 semaines si le patient ne fait pas déjà l'objet d'un tel suivi ou en cas de prescription de nouveaux médicaments
- Fournir un feuillet d'information sur le nouveau médicament, la fibrillation auriculaire et les suivis; surveiller la fonction rénale si NACO; Thrombose Canada a des feuillets d'information pour les patients
- Ne pas commencer de médicaments anti-arythmiques comme l'amiodarone ou le propafénone au DU
- En cas de conversion au rythme sinusal, aucune nécessité de commencer des bloqueurs des canaux calciques ou des bêta bloquants