

PERTINENCE DES SOINS

Cardiologie Troubles du rythme

Mars 2018

4 messages pour améliorer votre pratique

TROUBLES DU RYTHME

Les antiarythmiques de classe I ou III ne doivent pas être utilisés en routine pour ralentir la fréquence cardiaque en cas de fibrillation atriale permanente (sans retour au rythme sinusal escompté).

Le bénéfice des antiarythmiques de classe I ou III dans le cas de fibrillation atriale permanente définitive n'a pas été démontré, alors que ces traitements peuvent être dangereux, en particulier chez les personnes âgées polymédiquées ou avec cardiopathie. Il n'y a donc plus d'intérêt à les maintenir au long cours dans ces situations. En pratique, la réévaluation régulière du bénéfice-risque des traitements est indispensable lors du renouvellement des prescriptions, en particulier chez les personnes âgées. Cette réévaluation est souvent complexe et négligée.

TROUBLES DU RYTHME

L'amiodarone n'est pas recommandée en routine dans le traitement des tachycardies ventriculaires non soutenues asymptomatiques chez les patients avec cardiomyopathie dilatée.

Des tachycardies ventriculaires non soutenues et asymptomatiques sont constatées lors de Holter de surveillance chez un tiers des patients avec cardiomyopathies dilatées¹. Alors que l'amiodarone n'a pas d'efficacité démontrée dans cette indication et n'est pas dénuée d'effets secondaires, elle est pourtant souvent utilisée dans cette situation.

TROUBLES DU RYTHME

Les anticoagulants oraux ou les antiplaquettaires ne sont pas recommandés dans la prévention de l'AVC chez les patients femmes ou hommes avec fibrillation atriale non valvulaire et sans autre facteur de risque thromboembolique répertorié dans le score CHAD₂DS₂-VASc.

Le score CHAD₂DS₂-VASc est recommandé pour évaluer le risque individuel d'AVC dans la fibrillation atriale non valvulaire. Chez les patients à très bas risque, c'est-à-dire avec un score CHAD₂DS₂-VASc de 0 sans prise en compte du critère sexe, le rapport bénéfice-risque du traitement anticoagulant est défavorable, ne justifiant pas le traitement. Selon les données du registre GARDFIELD-FA² (registre de suivi prospectif de patients avec fibrillation atriale), de nombreux patients sans facteurs de risque embolique sont pourtant traités par antithrombotiques.

1. Doval HC, Nui DR, Grancelli HO, Varini SD, Soifer S, Corrado G, et al. Nonsustained ventricular tachycardia in severe heart failure. Independent marker of increased mortality due to sudden death. GESICA-GEMA Investigators. Circulation 1996;94(12):3198-203.
2. Camm AJ, Accetta G, Ambrosio G, Atar D, Bassand JP, Berge E, et al. Evolving antithrombotic treatment patterns for patients with newly diagnosed atrial fibrillation. Heart 2017;103(4):307-14.

TROUBLES DU RYTHME

Ne pas utiliser la stimulation ventriculaire programmée pour évaluer le risque rythmique de la cardiomyopathie hypertrophique.

La performance diagnostique de cet examen invasif est limitée alors que le risque de mort cardiaque subite peut être estimé dans cette indication à partir du score HCM Risk-SCD Score (calculateur disponible sur www.doc2do.com/hcm/webHCM.html).

Développés en coproduction avec les professionnels, ces messages courts visent à inciter les médecins à engager un dialogue avec les patients au sujet des examens, des traitements et des interventions les mieux indiqués et d'identifier ceux qui ne sont pas nécessaires. Les professionnels concernés ont choisi les thématiques et les messages qui ont été élaborés à partir de recommandations existantes.

