

Recommandations de l'European Stroke Organisation (ESO) concernant la recherche de fibrillation atriale après un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée

Rubiera M, Aires A, Antonenko K, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on screening for subclinical atrial fibrillation after stroke or transient ischaemic attack of undetermined origin. European Stroke Journal. 2022;7(3):CVII-CXXXIX. doi:10.1177/23969873221099478 ([lien](#))

Auteur de la version française : Clément Tracol

Service de Neurologie, CHU Pontchaillou, Rennes, 2 rue Henri Le Guilloux, 35000 Rennes

Conflit d'intérêt : aucun.

Relecteurs : Sonia Alamowitch (SFNV) et Guillaume Turc (ESO)

Résumé

Ces recommandations ont été établies pour guider le praticien dans la recherche d'une fibrillation atriale (FA) asymptomatique chez des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) d'origine indéterminée. Elles sont basées sur la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) et répondent aux 5 questions PICO établies par le groupe de travail. Un enregistrement cardiaque prolongé augmente le taux de détection de FA occulte, mais la durée optimale du monitoring reste encore à définir. Recommandations de l'European Stroke Organisation (ESO) concernant la recherche de fibrillation atriale après un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée. Nous suggérons un monitoring cardiaque prolongé pour augmenter le taux de patients mis sous traitement anticoagulant, mais l'impact de ce monitoring prolongé sur des critères de jugement cliniques doit encore être étudié. Le taux de détection de FA ne différant pas entre un monitoring cardiaque extra-hospitalier et un monitoring intra-hospitalier de même durée, il est raisonnable de débiter un monitoring intra hospitalier le plus rapidement possible et de continuer avec un monitoring ambulatoire pendant plus de 48h. Bien que les dispositifs d'enregistrement implantables augmentent le taux de détection de FA du fait de leur durée d'enregistrement, la comparaison avec un dispositif non implantable pendant la même durée est manquante. Nous suggérons, si possible, l'utilisation d'un dispositif d'enregistrement implantable au lieu d'un dispositif non implantable pour augmenter le taux de détection de FA. Il y a peu de preuves en faveur de l'utilisation de marqueurs biologiques, ECG ou d'imagerie cérébrale pour identifier des patients à haut risque de FA. Pour les patients avec FOP, malgré l'insuffisance de données d'études randomisées, nous conseillons un monitoring cardiaque prolongé chez les patients de plus de 55 ans pour détecter de la FA occulte. Pour conclure, chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, nous recommandons un monitoring cardiaque prolongé de plus de 48h et si possible par dispositif implantable pour augmenter le taux de détection de FA occulte.

Résumé grand public

L'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCi) résulte de l'occlusion d'une artère cérébrale par un thrombus et représente la principale cause de handicap chez l'adulte dans notre société. Si les symptômes sont régressifs en moins de 24h sans lésion cérébrale à l'imagerie le diagnostic d'accident ischémique transitoire (AIT) est retenu. Bien que non source de handicap, le diagnostic d'AIT est important car il augmente fortement le risque d'AVC à court terme. Dans environ 25% des cas, l'étiologie de l'AVCi ou AIT n'est pas retrouvée malgré un bilan complet.

La fibrillation atriale (FA) est l'altération du rythme cardiaque (arythmie) la plus fréquente. Elle peut induire la formation d'un caillot (thrombus) dans l'oreillette gauche (cavité cardiaque), et celui-ci peut se déplacer dans le sang et occlure une artère cérébrale (processus appelé « embolie »), causant ce que l'on appelle un AVC cardio-embolique. Les traitements anticoagulants empêchent la formation de thrombus et sont donc les traitements de choix chez les patients en FA pour éviter les AVCi ou embolies dans d'autres organes. Cependant, la FA est souvent subclinique et paroxystique (en d'autres termes elle ne cause pas de symptômes et le rythme cardiaque passe d'arythmie à normal), ce qui la rend difficile à diagnostiquer. Les spécialistes en AVC suspectent qu'une grande partie des AVCi d'origine indéterminée soient causés par de la FA subclinique. La seule façon de la détecter est d'enregistrer le rythme cardiaque avec différents appareils permettant d'obtenir un tracé appelé électrocardiogramme (ECG). Trouver de la FA chez un patient victime d'AVCi d'origine indéterminée est crucial car il permet de choisir le traitement le plus adapté pour empêcher la formation de thrombus (traitement anti thrombotique c'est-à-dire anticoagulants ou antiplaquettaires), et la récurrence d'AVCi. Ces recommandations ont été établies pour guider le praticien dans la recherche d'une fibrillation atriale subclinique chez des patients victimes d'un AVCi ou d'un AIT d'origine indéterminée.

Pour développer ces recommandations, un groupe d'experts sélectionnés par l'European Stroke Organisation (ESO), s'est réuni en groupe de travail et a choisi 5 questions pertinentes concernant la recherche de FA chez les patients victimes d'un AVCi ou d'un AIT d'origine indéterminée. Les études sur le sujet ont été analysées afin de fournir des recommandations pratiques pour les médecins prenant en charge ce type de patient.

Premièrement le groupe de travail a montré qu'un monitoring ECG prolongé augmentait le taux de détection de FA subclinique par rapport à un enregistrement plus court. Ceci semble également augmenter le taux d'anticoagulation mais il n'a pas été prouvé que ceci diminuait le risque de récurrence ischémique ou autre complication. Ainsi, nous recommandons un enregistrement ECG prolongé et le groupe de travail a considéré qu'une durée de plus de 48h était raisonnable. Si une FA d'au moins 30 secondes est détectée, alors une anticoagulation doit être débutée. Le monitoring ECG doit être débuté précocement, si possible durant l'hospitalisation puis poursuivi en ambulatoire pour augmenter la durée d'enregistrement et donc le taux de détection de FA. Plusieurs outils ont été développés pour obtenir un monitoring ECG. Les moniteurs cardiaques implantables sont placés en sous cutané proche du cœur et permettent un enregistrement pendant plusieurs mois (jusqu'à 3 ans), mais sont coûteux. Nous recommandons l'utilisation de ces dispositifs pour augmenter la durée d'enregistrement et donc le taux de détection de FA mais il est raisonnable d'adopter une stratégie progressive en commençant par des dispositifs moins coûteux avant d'envisager si nécessaire un dispositif implantable. Il existe plusieurs marqueurs biologiques, échocardiographiques, ECG ou d'imagerie cardiaque ou cérébrale associés à un surrisque de FA subclinique mais devant les données limitées à l'heure actuelle nous suggérons de ne pas les utiliser pour récuser les patients d'un monitoring cardiaque de longue durée. Enfin, le foramen oval perméable (FOP) est une communication entre les deux oreillettes cardiaques qui est

associée à la survenue d'AVCi notamment chez les patients jeunes. Celui-ci peut être fermé par procédure de cardiologie interventionnelle pour réduire le risque de récurrence d'AVCi. Chez les patients victimes d'un AVCi ou d'un AIT d'origine indéterminée avec un FOP, il existe des incertitudes persistantes sur l'intérêt d'utiliser un dispositif d'enregistrement implantable au lieu d'un dispositif non implantable pour augmenter le taux de détection de FA occulte. Nous considérons comme raisonnable de réaliser un enregistrement de plus de 48h si possible pas dispositif implantable pour rechercher une FA chez les patients de plus de 55 ans. Si une FA d'au moins 30 secondes est détectée, alors une anticoagulation doit être débutée.

En conclusion, le monitoring ECG prolongé chez les patients victimes d'un AVCi ou d'un AIT d'origine indéterminée augmente le taux de détection de FA subclinique et pourrait augmenter de façon bénéfique le taux d'anticoagulation chez ces patients

Sujet / Question PICO	Recommandation (GRADE)	Consensus d'experts
<p>PICO 1</p> <p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, un monitoring cardiaque prolongé augmente-t-il le taux de détection de FA occulte, le taux d'anticoagulation, réduit-il le taux de récurrence d'AVC ou d'embolie systémique, d'hémorragie cérébrale ou majeure, la mortalité, et améliore-t-il le pronostic fonctionnel ?</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, nous recommandons un monitoring cardiaque prolongé au lieu d'un enregistrement standard de 24h pour augmenter le taux de détection de FA occulte.</p> <p>Niveau de preuve : Modéré ⊕⊕⊕ Force de la recommandation : Forte ↑↑</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, nous suggérons un monitoring cardiaque prolongé de plus de 48h.</p>
<p>PICO 2</p> <p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, l'ajout d'un monitoring cardiaque extra hospitalier par rapport à un monitoring intra-hospitalier seul augmente-t-il le taux de détection de FA occulte, le taux d'anticoagulation, réduit-il le taux de récurrence d'AVC ou d'embolie systémique, d'hémorragie cérébrale ou majeure, la mortalité, et améliore-t-il le pronostic fonctionnel ?</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, nous suggérons l'utilisation d'un monitoring cardiaque extra- hospitalier en plus du monitoring intra- hospitalier pour augmenter le taux de détection de FA occulte.</p> <p>Niveau de preuve : Très faible ⊕ Force de la recommandation : Faible ↑?</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, nous suggérons de démarrer un monitoring cardiaque le plus précocement possible durant l'hospitalisation pour augmenter le taux de détection de FA.</p>
<p>PICO 3</p> <p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, l'utilisation d'un dispositif d'enregistrement implantable comparé à tout autre dispositif externe augmente-t-elle le taux de détection de FA occulte, le taux d'anticoagulation, réduit-elle le taux de récurrence d'AVC ou d'embolie systémique, d'hémorragie cérébrale ou majeure, la mortalité, et améliore-t-elle le pronostic fonctionnel ?</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, nous suggérons l'utilisation d'un dispositif d'enregistrement implantable plutôt qu'un dispositif non implantable pour augmenter le taux de détection de FA occulte.</p> <p>Niveau de preuve : Faible ⊕⊕ Force de la recommandation : Forte ↑↑</p>	

Sujet / Question PICO	Recommandation (GRADE)	Consensus d'experts
<p>PICO 4</p> <p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, existe-t-il des marqueurs biologiques, échocardiographiques, ECG ou d'imagerie cardiaque ou cérébrale dont la présence augmenterait le taux de détection de FA occulte, le taux d'anticoagulation, réduirait le taux de récurrence d'AVC ou d'embolie systémique, d'hémorragie cérébrale ou majeure, la mortalité, et améliorerait le pronostic fonctionnel ?</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, il existe des incertitudes persistantes sur l'intérêt des marqueurs biologiques, échocardiographiques, ECG ou d'imagerie cardiaque ou cérébrale pour augmenter le taux de détection de FA occulte.</p> <p>Niveau de preuve : Très faible ⊕ Force de la recommandation : -</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée, la présence de certains marqueurs biologiques, échocardiographiques, ECG ou d'imagerie cardiaque ou cérébrale pourrait augmenter la probabilité de détecter de la FA mais devant les données limitées à l'heure actuelle nous suggérons de ne pas les utiliser pour récuser les patients d'un monitoring cardiaque de longue durée.</p>
<p>PICO 5</p> <p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée avec un foramen ovale perméable (FOP), l'utilisation d'un dispositif d'enregistrement implantable comparé à tout autre dispositif externe augmente-t-elle le taux de détection de FA occulte, le taux d'anticoagulation, réduit-elle le taux de récurrence d'AVC ou d'embolie systémique, d'hémorragie cérébrale ou majeure, la mortalité, et améliore-t-elle le pronostic fonctionnel ?</p>	<p>Chez les patients adultes victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée avec un FOP, il existe des incertitudes persistantes sur l'intérêt d'utiliser un dispositif d'enregistrement implantable au lieu d'un dispositif non implantable pour augmenter le taux de détection de FA occulte.</p> <p>Niveau de preuve : Très faible ⊕ Force de la recommandation : -</p>	<p>Chez les patients adultes de plus de 55 ans victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée avec un FOP, nous suggérons un monitoring cardiaque prolongé pour augmenter le taux d'anticoagulation et éviter des fermetures de FOP inutiles.</p> <p>Chez les patients adultes de plus de 55 ans victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée avec un FOP, le groupe de travail suggère d'utiliser un dispositif d'enregistrement implantable plutôt qu'un dispositif non implantable pour augmenter le taux de détection de FA occulte.</p> <p>Chez les patients adultes de moins de 55 ans victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT d'origine indéterminée avec un FOP, nous suggérons qu'un enregistrement cardiaque standard de 24h par télémétrie ou holter serait suffisant pour écarter une FA occulte, mais les caractéristiques cliniques, de l'AVC et du FOP doivent être prises en compte.</p>