

Ligne directrice: «Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society [CCS] Atrial Fibrillation Guidelines: Recommendations for Stroke Prevention and Rate/Rhythm Control (2012)»

Concepteur: Comité des lignes directrices sur la fibrillation auriculaire de la Société canadienne de cardiologie (SCC)

Summary: Cette ligne directrice est de haute qualité, mais le GECSSP a identifié certaines inquiétudes qui pourraient limiter son applicabilité. Certains utilisateurs pourraient préférer attendre la disponibilité de données à long terme avant d'utiliser régulièrement les nouveaux anticoagulants (dabigatran, rivaroxaban and apixaban).

APERÇU: Cette mise à jour ciblée de la ligne directrice 2010 sur la fibrillation auriculaire (FA) de la Société canadienne de cardiologie (SCC)¹ intègre de nouvelles preuves de 3 essais cliniques sur la FA. La mise à jour² se concentre sur la réduction des complications reliées à la FA, une question de grande importance clinique qui représente un fardeau important pour le système de santé au Canada. L'incidence de la FA au Canada a monté à 4,5% par an et le risque à vie est estimé à 25% chez les individus de plus de 40 ans³. De plus, le risque d'accident cérébraux-vasculaire ou ischémique transitoire chez les personnes souffrant de FA peut être aussi élevé que 20%¹. Les médecins de première ligne jouent un rôle majeur dans l'identification et la gestion de ces patients. Cette ligne directrice a été élaborée au Canada par une équipe possédant une expertise diversifiée.

PERTINENCE AU MANDAT DU GECSSP:

La ligne directrice présente des recommandations pour la prévention d'accident cérébraux-vasculaire et pour contrôler la fréquence/rythme cardiaque; la première, reliée davantage au mandat du GECSSP de promouvoir la prévention en soins primaires.

POPULATION: La population cible de la ligne directrice est tous les patients atteints de FA ou de flutter auriculaire (paroxystique, persistante ou permanente); Toutefois, cela n'a pas été clairement établi.

MÉTHODE DE SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES: La SCC ne semble pas avoir effectué ses propres examens systématiques ou des méta-analyses, mais a fourni un examen de la littérature, avec des références incluses jusqu'à janvier 2012.

SYSTÈME DE NOTATION: Le système «Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)» a été utilisé pour évaluer la qualité des preuves (élevée, modérée, faible ou très faible) et la force des recommandations (fortes ou conditionnelles)⁴. Pour plus d'information sur le système de notation, voir le Tableau 2.

DISCUSSION: Les professionnels en soins de santé qualifieront probablement les recommandations comme étant utiles sur le plan clinique. L'utilisation du système GRADE est considérée comme un atout, en raison de sa cohérence avec les méthodes du GECSSP et de sa prise en compte des valeurs et des préférences des patients. De plus, les recommandations sont visuellement distinguées par un encadrement, ce qui facilite leur repérage par les lecteurs.

Cependant, le GECSSP a identifié certaines inquiétudes au cours de son évaluation. Malgré la mention d'un examen systématique de la littérature par les auteurs, les détails concernant la façon dont la littérature a été sélectionnée (critères d'inclusion et d'exclusion, la stratégie de recherche, les dates de la recherche) n'ont pas été rapportés. Bien que la ligne directrice comprend certains paragraphes sur le traitement des patients âgés, ainsi que ceux souffrant de la maladie coronarienne ou rénale chronique, aucune évaluation des preuves, ni recommandations sont présentés pour ces groupes particuliers. Enfin, même si les recommandations semblent cliniquement appropriées, il était parfois difficile de déterminer le lien entre les recommandations et les preuves.

Les recommandations précisent que les nouveaux anticoagulants par voie orale, tels le dabigatran, le rivaroxaban et l'apixaban

sont préférables, en dépit de la nature à court terme des données disponibles sur leurs risques et avantages. Les lecteurs devraient être conscients que la version précédente de cette ligne directrice s'est basée sur une seule étude pour recommander l'utilisation de la dronédarone pour le contrôle de la fréquence cardiaque en FA. La recommandation courante contre l'utilisation de la dronédarone, repose sur des données publiées ultérieurement, ce qui souligne aux concepteurs de lignes directrices l'importance des études de confirmation. Dans l'ensemble, cette ligne directrice est raisonnablement bien conçue et servira les cliniciens. Toutefois, les recommandations liées à l'utilisation des nouveaux anticoagulants oraux intéresseront plutôt les utilisateurs précoces tandis que d'autres utilisateurs préféreront attendre la disponibilité de données à long terme avant d'utiliser régulièrement ces produits dans leurs pratiques cliniques.

CTFPHC APPRAISAL COLOUR LEGEND:

VERT

This is a high quality guideline that can be used to guide preventive care in Canada.

JAUNE

This is a high quality guideline but the Task Force has identified some concerns that may limit its applicability.

ROUGE

This is a high quality guideline but the Task Force does not recommend its use in Canada.

Recommandations: Société canadienne de cardiologie

Toutes les recommandations du SCC, ainsi que la ligne directrice complète (Anglais) peuvent être accédées ici: <http://www.onlinecjc.ca/article/PIIS0828282X12000463/abstract>

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS BASÉ SUR LE SCORE CHADS₂: Cliquez ici pour l'algorithme (Anglais): [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(12\)00046-3/journalimage?loc=gr1&src=fig&free=yes&source=imageTab](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)00046-3/journalimage?loc=gr1&src=fig&free=yes&source=imageTab)

1. Nous recommandons que tous les patients atteints de FA ou AFL (paroxystique, persistante ou permanente,) devraient être stratifiés en utilisant un indice de risque d'AVC (ex : CHADS₂) ainsi qu'un indice pour le risque de saignement (ex : HAS-BLED), et que la plupart des patients devraient recevoir soit une ACO ou ASA [Forte recommandation, preuves de haute qualité].
2. Nous suggérons que, lorsque la thérapie ACO est indiquée, la plupart des patients devraient recevoir de préférence le dabigatran, le rivaroxaban ou l'apixaban (une fois approuvés par Santé Canada), plutôt que la warfarin [Recommandation conditionnelle, preuves de haute qualité].
3. Nous recommandons que les patients à risque élevé d'ACV (CHADS₂ ≥ 2) devraient recevoir un traitement ACO [Forte recommandation, données probantes de haute qualité].
4. Nous recommandons que la plupart des patients à risque intermédiaire d'ACV (CHADS₂ = 1) devraient recevoir un traitement ACO [Forte recommandation, données probantes de haute qualité].
5. Nous suggérons, basé sur certaines considérations des risques/avantages, que l'ASA est une alternative raisonnable pour certains individus [Recommandation conditionnelle, preuves de qualité modérée].
6. Nous suggérons de considérer des facteurs de risque d'ACV supplémentaires (âge de 65-74 ans, le sexe féminin, et la présence d'une maladie vasculaire) chez les patients qui présentent un faible risque (CHADS₂ = 0) [Recommandation conditionnelle, preuves de qualité modérée].
7. Nous suggérons un traitement ACO pour les patients les plus à risque dans cette catégorie (âge supérieur à 65 ans ou la combinaison des risques sexe féminin

et maladie vasculaire); le traitement ASA (75-325 mg / jour) chez les patients à faible risque dans cette catégorie (de sexe féminin ou souffrant de maladie vasculaire) ; et aucun traitement anti-thrombotique chez les patients à très faible risque dans cette catégorie (sans facteurs de risque supplémentaires) [Recommandation conditionnelle , preuves de faible qualité].

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS POUR PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE CORONAIRE ENNE. Cliquez ici pour l'algorithme (Anglais): [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(12\)00046-3/journalimage?loc=gr2&src=fig&free=yes&source=imageTab](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)00046-3/journalimage?loc=gr2&src=fig&free=yes&source=imageTab)

1. Nous suggérons que les patients atteints de FA / AFL qui ont une MC stable devraient recevoir un traitement anti-thrombotique choisis en fonction de leur risque d'ACV (ASA pour la majorité CHADS₂ = 0 et ACO pour la majorité CHADS₂ ≥ 1) [Recommandation conditionnelle, preuves de qualité modérée].
2. Nous suggérons que les patients atteints de FA / AFL qui ont subi un SCA ou une ICP devraient recevoir un traitement anti-thrombotique sélectionné sur la base d'une pesée de leurs risques d'ACV, d'événements coronariens récurrents, et d'hémorragie associés à l'utilisation d'une combinaison de traitements anti-thrombotiques, qui, chez les patients à risque plus élevé d'ACV peuvent inclure l'ASA ainsi que le clopidogrel et un ACO. [Recommandation conditionnelle, preuves de faible qualité].

LA PRÉVENTION DES AVCs CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE FA NON VALVULAIRE ET DE MALADIE RÉNALE CHRONIQUE:

Nous recommandons que les patients atteints de FA qui reçoivent des ACOs:

- Subissent l'évaluation annuelle (ou plus fréquent) de leur fonction rénale, par la mesure de la créatinine sérique et le calcul eGFR [Forte recommandation, preuves de qualité modérée].
- Subissent une réévaluation par rapport à leur ACO et/ou dose, basé sur le calcul eGFR [Forte recommandation, preuves de qualité modérée].

Pour le traitement anti-thrombotique de patients atteints d'IRC, le traitement devrait dépendre du calcul eGFR:

- eGFR > 30 ml par minute: Nous recommandons que ces patients reçoivent un traitement anti-thrombotique en fonction de leur score CHADS₂ tel qu'indiqué dans les recommandations pour les patients ayant une fonction rénale normale [Forte recommandation, données probantes de haute qualité].
- eGFR 15-30 ml par minute et non dialysé: Nous suggérons que ces patients reçoivent un traitement anti-thrombotique en fonction de leur score CHADS₂ tel qu'indiqué pour les patients ayant une fonction rénale normale. Warfarin est le traitement de préférence pour ces patients. [Recommandation conditionnelle, preuves de faible qualité].
- eGFR < 15 ml par minute (dialysé): Nous suggérons que ces patients ne reçoivent systématiquement ni d'ACOs [Recommandation conditionnelle, preuves de faible qualité] ni d'ASA pour la prévention des AVCs dans le contexte de FA [Recommandation conditionnelle, preuves de faible qualité].

LES ABRÉVIATIONS UTILISÉES:

- FA : La fibrillation auriculaire
- AFL : flutter auriculaire
- HAS- BLED : «Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly (> 65 Years), Drugs/Alcohol Concomitantly score schema»
- CHAD₂ : «Congestive Heart Failure, Hypertension, Age > 75, Diabetes Mellitus, and Prior Stroke or Transient Ischemic Attack index»
- ACO : anticoagulants oraux
- ASA : l'acide acétylsalicylique
- MC : maladie coronarienne
- SCA : syndrome coronarien aigu
- ICP: une intervention coronarienne percutanée
- eGFR : taux de filtration glomérulaire estimé

TABLE 1: CNotation de la Société canadienne de cardiologie⁷

TOUTE recommandation commencera par nous recommandons (lorsque la force/la qualité des preuves est de forte/ de haute

Recommandations: Société canadienne de cardiologie

qualité, respectivement) et nous suggérons (lorsque la force/ la qualité des preuves est faible/de faible qualité, respectivement).

Pour la force des recommandations, nous utiliserons les termes forte et conditionnelle comme qualificatifs.

Pour la qualité des preuves, nous utiliserons les termes: très faible, faible, modéré et haute qualité.

RÉFÉRENCES

1. Cairns JA, Connolly S, McMurtry S, Stephenson M, Talajic M; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter. *Can J Cardiol.* 2011;27(1):74-90.
2. Skanes AC, Healey JS, Cairns JA, Dorian P, Gillis AM, McMurtry MS, et al.; Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Focused 2012 update of the Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines: recommendations for stroke prevention and rate/rhythm control. *Can J Cardiol.* 2012;28(2):125-136.
3. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasan RS, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2004;110(9):1042-1046.
4. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336(7650):924-926.
5. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al.; AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ* 2010;182(18):E839-E842.
6. Gillis AM, Verma A, Talajic M, Nattel S, Dorian P; CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: rate and rhythm management. *Can J Cardiol.* 2011;27(1):47-59.
7. CCS guidelines and position statements development procedures and policies. Version 1.1. Ottawa, ON: Canadian Cardiovascular Society; October 2013. Available at: http://www.ccsguidelineprograms.ca/images/stories/CCS_Guideline_Programs/Guidelines-development-Proc_policies.pdf. Accessed 2013 Nov 13.