

Compte-rendu

Arrêt de l'anticoagulation après thermo-ablation d'une fibrillation auriculaire ?

Mots-clés

fibrillation auriculaire, thermo-ablation, anticoagulation, ALONE-AF

Long-Term Anticoagulation Discontinuation After Catheter Ablation for Atrial Fibrillation

D Kim et al., JAMA, 31.08.2025

[10.1001/jama.2025.14679](https://doi.org/10.1001/jama.2025.14679)

Introduction

La fibrillation auriculaire (FA) est une pathologie fréquente nécessitant à la fois un contrôle du rythme ou de la fréquence et une anticoagulation adaptée au risque thrombo-embolique. L'ablation par cathéter s'est montrée supérieure au traitement médicamenteux pour le contrôle du rythme. Cependant, la durée optimale d'anticoagulation après une thermo-ablation reste incertaine. En effet, les recommandations cardiolologiques actuelles (AHA/ESC) suggèrent de poursuivre le traitement selon le risque thrombo-embolique (score CHA₂DS₂-VASC). L'étude ALONE-AF a évalué si l'arrêt de l'anticoagulation après ablation réduisait les complications majeures (accident vasculaire cérébral (AVC), embolie systémique, saignement majeur).

Méthode

Essai multicentrique, randomisé et contrôlé mené dans 18 centres en Corée du Sud, ouvert, **inclusant** des patient·e·s adultes ayant eu une ablation de FA remontant à > 1 an, sans récidive d'arythmie atriale et présentant un risque thrombo-embolique intermédiaire à haut (CHA₂DS₂-VASC ≥ 1 pour les hommes et ≥ 2 pour les femmes). Tous les patients étaient sous anticoagulation par DOAC. Les patients présentant une arythmie atriale documentée ont été **exclus**. Les participants ont été randomisés entre arrêt ou poursuite de l'anticoagulation. **Issue primaire** : première occurrence d'un critère composite associant AVC, embolie systémique ou saignement majeur à 2 ans. **Issue secondaire** : incidence cumulée d'AVC et d'embolie systémique.

Résultats

810 patients randomisés entre 2020 et 2023 (âge moyen : 64 ans, 24.9 % de femmes, 67.6 % avec FA paroxystique, durée moyenne entre ablation de la FA et randomisation de 3.6 ans, CHA₂DS₂-VASC moyen à 2.1). **L'issue primaire** est survenue, selon une analyse *intention-to-treat*, chez 0.3 % (1/417) dans le groupe sans anticoagulation contre 0.8 % (8/423) dans le groupe avec anticoagulation (différence absolue de -1.9 %, $p = 0.02$). Le nombre de patients à traiter pour nuire (number needed to harm) en cas d'anticoagulation était de 53. **L'issue secondaire** était de 0.3 % dans le groupe sans anticoagulation contre 0.8 % dans le groupe avec anticoagulation, bien que celle-ci ne comprenne pas les hémorragies majeures

Discussion

Selon cette étude, la poursuite de l'anticoagulation > 1 an après ablation réussie d'une FA n'est pas recommandée, y compris chez les personnes à risque thrombo-embolique intermédiaire et élevé, l'anticoagulation n'apportant pas de bénéfice net et augmentant le risque hémorragique. Les principales limitations de l'étude sont un faible nombre d'événements ischémiques, un suivi limité à 2 ans et une population exclusivement issue de Corée du Sud.

Conclusion

L'étude ALONE-AF montre qu'un arrêt de l'anticoagulation orale (DOAC) plus d'un an après une ablation réussie de FA est sûr et réduit les complications majeures, indépendamment du score CHA₂DS₂-VASc. Ces résultats invitent à réévaluer la stratégie actuelle d'anticoagulation post-ablation, qui consiste à poursuivre le traitement à long terme selon le risque thrombo-embolique, pouvant permettre à de nombreux patients d'interrompre leur traitement anticoagulant.

Date de publication	Auteurs
20.10.2025	