

Compte-rendu

# Fibrillation auriculaire à bas risque : faut-il déjà être tôt dans le rythme ?

Early Rhythm Control Therapy for Atrial Fibrillation in Low-Risk Patients - a Nationwide Propensity Score-Weighted Study

Kim D. et al., Annals of Internal Medicine, 06.09.2022

[DOI: 10.7326/M21-4798](https://doi.org/10.7326/M21-4798)

## Introduction

La fibrillation auriculaire (FA) est associée à une augmentation du risque de mortalité et morbidité notamment en raison d'accidents vasculaires ischémiques, d'insuffisance cardiaque et de baisse de la qualité de vie, et ce même chez les patients recevant une anticoagulation optimale et un traitement basé sur le contrôle de la fréquence. Ce dernier fait d'ailleurs partie intégrante de la prise en charge de la FA. Récemment, l'étude EAST-AFNET 4 a montré qu'un contrôle du rythme était associé à moins d'événements cardiovasculaires comparé à un contrôle de la fréquence, pour les patients avec score de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC  $\geq 2$ . La généralisation de ces résultats à des patients à bas risque n'est pas claire. L'étude actuelle cherche à vérifier ces résultats sur une nouvelle cohorte, à la fois dans la population à haut risque et aussi, pour la première fois, celle à bas risque.

## Méthode

Etude rétrospective de propension basée sur la base de données établie par le service de l'assurance de santé nationale de Corée du Sud (National Health Insurance Service of Korea). **Inclusion** : Patient.e.s de  $\geq 18$  ans diagnostiqués d'une FA, traités avec contrôle du rythme ou contrôle de la fréquence entre juillet 2011 et décembre 2015, et naïfs des traitements précités au préalable. **Exclusion** : Tout décès dans les 180 jours de l'initiation du traitement. Traitements initiés  $> 1$  an après diagnostic de FA. **Intervention** : Contrôle du rythme précoce vs contrôle de la fréquence **chez les patients à haut risque** (soit ceux remplissant les critères d'éligibilité de la précédente étude EAST-AFNET 4 (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC  $\geq 2$ ) **et chez les patients à bas risque** (soit ceux non évalués dans la précédente étude EAST-AFNET 4 (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC  $< 2$ , soit  $\leq 75$  ans avec  $\leq 1$  facteur de risque pour AIT/AVC et naïf d'AIT/AVC). **Issue primaire composite** : événements cardiovasculaires majeurs (MACE) : décès d'origine cardiovasculaire, AVC/AIT ischémique, infarctus du myocarde aigu et hospitalisation pour insuffisance cardiaque. **Issue secondaire de sécurité** : décès de toute autre cause, hémorragie intracrânienne ou gastro-intestinale nécessitant une hospitalisation, tout événement indésirable pré-spécifié indiquant une complication d'un traitement basé sur le contrôle du rythme.

## Résultats

Identification de 54'216 patients dont 16'659 à bas risque et 37'557 à haut risque. **Pour les patients à bas risque**, le contrôle du rythme a été initié chez 8'684 patients et le contrôle de la fréquence chez 7'975 patients, avec un suivi médian de 3,0 ans et 3,2 ans respectivement. **Le contrôle du rythme était associé à une réduction des MACE: HR 0.81 (IC 0.66-0.98)**, sans différence dans l'issue secondaire de sécurité : HR 1.05 (CI 0.92-1.20). **Pour les patients à haut risque**, le contrôle du rythme a été initié chez 18'944 patients et le contrôle de la fréquence chez 18'613 patients. Le suivi médian était de 2,8 ans et 2,7 ans respectivement. **Le contrôle du rythme était associé à une réduction des MACE en comparaison au contrôle de la fréquence : HR 0.86 (IC 0.81-0.92)**, sans différence dans l'issue secondaire de sécurité : HR 0.99 (CI 0.94-1.05).

## Discussion

Par rapport à l'étude précédente EAST-AFNET 4, les patients à haut risque ont une association moins flagrante entre le contrôle du rythme et la diminution de MACE (respectivement HR 0.79 et HR 0.86). Cette différence peut être expliquée par un taux d'utilisation d'anticoagulation plus faible (91.2% vs 43.5% respectivement) ainsi qu'une durée de suivi plus courte (médiane de 5.1 vs 2.7 ans respectivement). Cette étude comporte plusieurs limitations :

pas de donnée sur les différents types de FA, ni si les FA étaient symptomatiques ou non, impossibilité d'établir un lien causal vu le type d'étude (observationnel) et probable persistance de facteurs confondants malgré score de propension réalisé. Cependant, les résultats de l'analyse de falsification ont montré que la possibilité de biais était basse.

## Conclusion

Cette étude de propension montre qu'une **stratégie de contrôle du rythme précoce** chez les patients à bas risque thromboembolique permet une **diminution des MACE** comparativement à une stratégie basée sur le contrôle de la fréquence, et ce, sans modifier la sécurité.

Date de publication	Auteurs
31.10.2022	Serge Bugnon