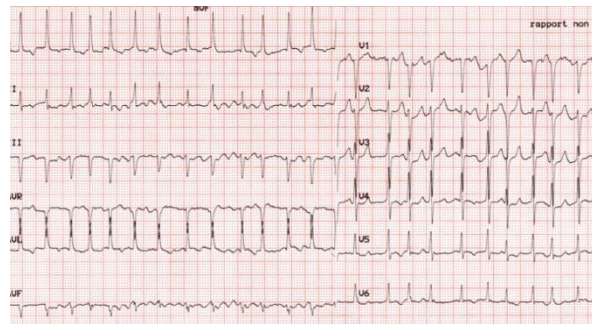




ACFA

## Optimiser le parcours ambulatoire



**Brahim Harbaoui**

*USIC Croix Rousse*

*Fédération de Cardiologie Hôpital de la Croix-Rousse / Hôpital Lyon Sud*

*Creatis, CNRS UMR5220; Inserm U1044; INSA Lyon, France*

*Faculté de Médecine Lyon-Sud*

**Printemps des urgences 2021**

# Objectifs

---

- Argumenter l'attitude thérapeutique initiale
- Identifier les candidats à une PEC ambulatoire
- Planifier le parcours ambulatoire

# ACFA

## Pourquoi c'est important ?

**Fréquent**  $\approx$  1% population française

5% > 65ans jusqu'à 10% > 80ans



**Pronostic**

$\approx$  20-30% des AVC



**Qualité de vie**

**Morbidité**



**Mortalité**

**Outils de stratification**

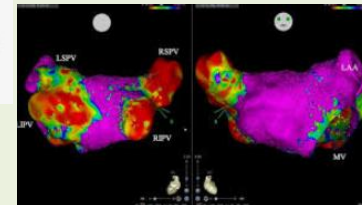
**Risque**

**Embolique  
chadsvasc**



**Hémorragique  
hasbled**

**Traitement bien codifié**



# Circonstances de découverte

---

- Fortuite
  - Asymptomatique dans **10% des cas**
  - ECG systématique, Screening (smartwatch...)
- Signes fonctionnels
  - Palpitations
  - Dyspnée
  - Asthénie
  - Angor *FA anginogène*
  - *Troubles du sommeil*
- Insuffisance cardiaque aigue
- Accident embolique

# L'ACFA aux urgences

---

- **Evaluation initiale optimale**
  - Type de FA
    - inaugurale, paroxystique, persistante, permanente
  - Heure de début si possible
  - Paramètres vitaux
  - Symptômes, Tolérance, Retentissement
  - Complications thromboemboliques
  - Facteur déclenchant potentiel (K<sup>+</sup>, TSH)
  - Terrain, comorbidités, cardiopathie sous jacente?
  - Traitement en cours

# L'ACFA aux urgences

- **Attitude thérapeutique**

- Rythme

- Réduire?

- Fréquence cardiaque

- Ralentir?

- Prévention des accidents emboliques

- Traitement anticoagulant ?

- Traitement d'une insuffisance cardiaque

- Traitement d'une cause sous jacente

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	Points
Insuffisance Cardiaque	1
HTA	1
Âge > 75 ans	2
Diabète	1
AVC (Stroke)	2
Pathologie Vasculaire	1
Âge > 65 ans	1
Sexe féminin	1

	HAS-BLED	Points
H	HTA (TAS>160mmHg)	1
A	Fonctions hépatique ou rénale Anormales	1
S	AVC (Stroke)	2
B	Saignement (Bleeding)	1
L	INRs Labiles	2
E	Âge > 65 ans	1
D	MéDicaments ou Alcool	1

# L'ACFA aux urgences

---

- **Place de l'Echographie cardiaque transthoracique**
  - Pas indispensable en urgence sauf
    - Instabilité HD
    - Insuffisance cardiaque
  - Mais souhaitable+++ pour fluidifier la PEC
    - Favorise les filières ambulatoires
      - FEVG, cœur « sain »
      - FA non valvulaire
      - Péricarde sec
    - Facile si cardiologues dans la structure



# L'ACFA aux urgences

- **Prise en charge ambulatoire, les données ?**



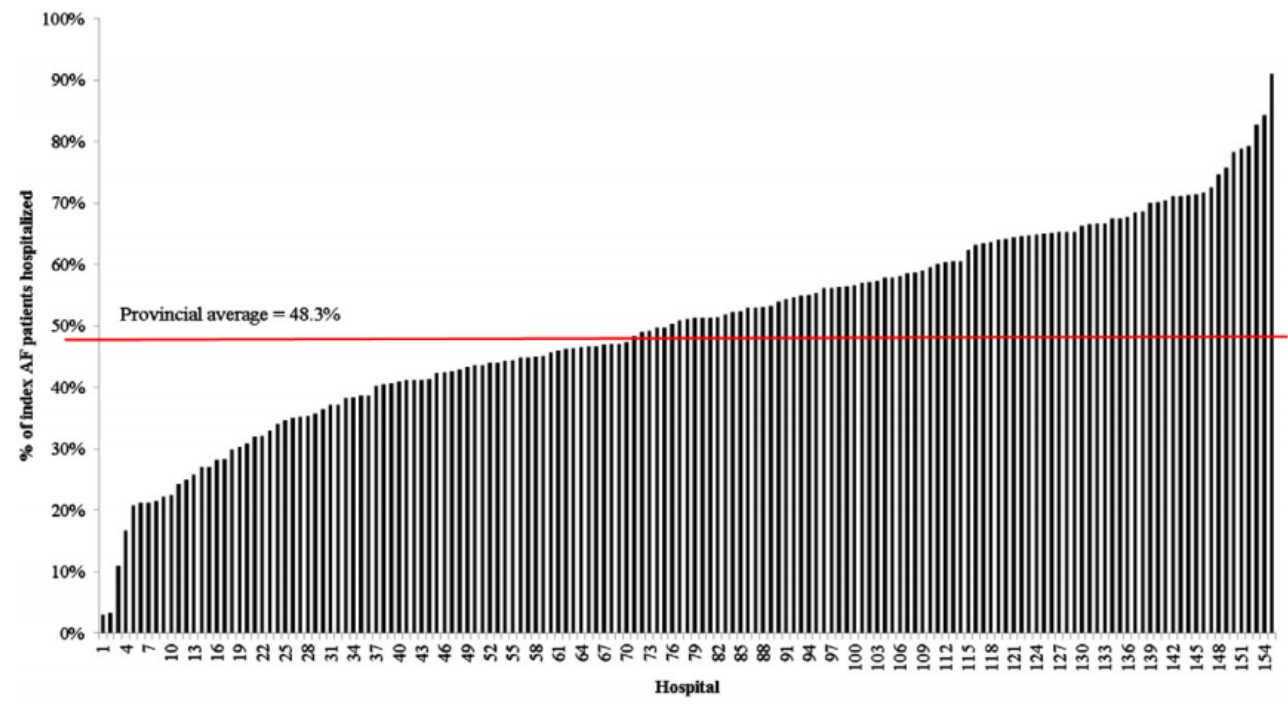
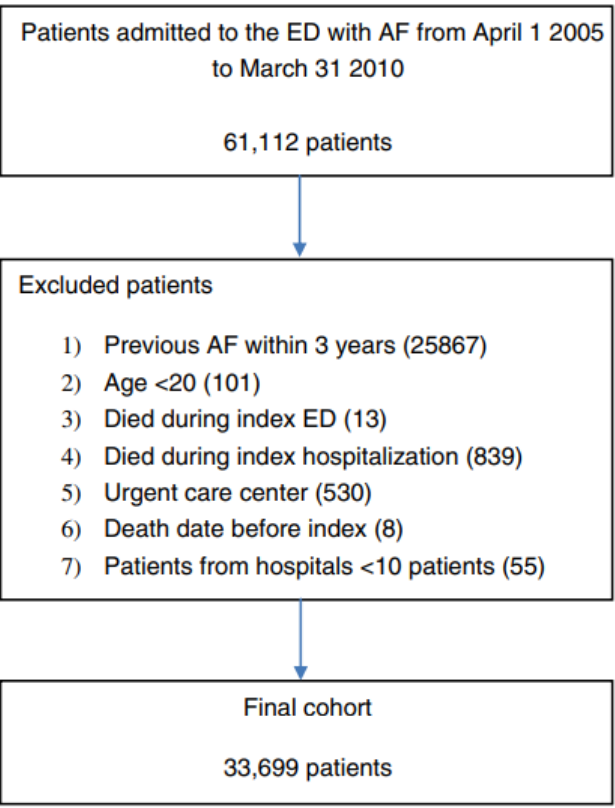
American Heart Journal  
Volume 173, March 2016, Pages 161-169



Clinical Investigation

## Predictors and clinical outcomes of inpatient versus ambulatory management after an emergency department visit for atrial fibrillation: A population-based study

Christopher Tran MSc<sup>a</sup>, Maria C. Bennell MSc, MPH<sup>a, c</sup>, Feng Qiu MSc<sup>a, b</sup>, Dennis T. Ko MD, MSc<sup>a, b, c, f</sup>, Sheldon M. Singh MD<sup>a, c</sup>, Paul Dorian MD<sup>a, b, h</sup>, Clare L. Atzema MD, MSc<sup>a, b, i</sup>, R. Sacha Bhatia MD, MBA<sup>a, b, d, e</sup>, Harindra C. Wijeyesundera MD, PhD<sup>a, b, c, e, f, g</sup> ✉



Variation in rates of hospitalization across Ontario hospitals.

**Table III.** Propensity-matched comparison of processes of care at 30 days and 1 year based on hospital admittance

Process of care	Total (n = 23,416)	Not admitted to hospital (n = 11,708)	Admitted to hospital (n = 11,708)	P
30-d post-ED visit or hospital discharge				
All physician visits	22,277 (95.1%)	11,115 (94.9%)	11,162 (95.3%)	<.001
Cardiologist visits	7864 (33.6%)	4425 (37.8%)	3439 (29.4%)	<.001
Family physician visits	19,619 (83.8%)	9608 (82.1%)	10,011 (85.5%)	.037
Internal medicine visits	13,006 (55.5%)	7114 (60.8%)	5892 (50.3%)	<.001
LV assessment*	7582 (32.4%)	4796 (41.0%)	2786 (23.8%)	<.001
1-y post-ED visit or hospital discharge				
All physician visits	23,320 (99.6%)	11,665 (99.6%)	11,655 (99.5%)	<.001
Cardiologist visits	14,432 (61.6%)	7477 (63.9%)	6955 (59.4%)	<.001
Family physician visits	22,967 (98.1%)	11,480 (98.1%)	11,487 (98.1%)	.106
Internal medicine visits	19,706 (84.2%)	10,074 (86.0%)	9632 (82.3%)	<.001
LV assessment*	14,506 (61.9%)	8290 (70.8%)	6216 (53.1%)	<.001

\*Includes assessments of patients while in hospital.

**Table IV.** Propensity-matched comparison of 1-year outcomes based on hospital admittance

Outcome	Total (n = 23,416)	Not admitted to hospital (n = 11,708)	Admitted to hospital (n = 11,708)	HR (95% CI)	P
Mortality	2181 (9.3%)	902 (7.7%)	1279 (10.9%)	1.45 (1.33-1.57)	<.001
Any stroke	433 (1.8%)	212 (1.8%)	221 (1.9%)	1.06 (0.88-1.28)	.530
Ischemic stroke	311 (1.3%)	147 (1.3%)	164 (1.4%)	1.14 (0.91-1.42)	.262
Hemorrhagic stroke	58 (0.2%)	32 (0.3%)	26 (0.2%)	0.83 (0.49-1.39)	.482
Bleeding	598 (2.6%)	290 (2.5%)	308 (2.6%)	1.09 (0.93-1.28)	.304
Major bleeding	479 (2.0%)	229 (2.0%)	250 (2.1%)	1.12 (0.93-1.34)	.221
Minor bleeding	39 (0.2%)	19 (0.2%)	20 (0.2%)	1.08 (0.58-2.02)	.814
All-cause hospitalization	10,956 (46.8%)	5194 (44.4%)	5762 (49.2%)	1.18 (1.13-1.22)	<.001
AF-related hospitalization	2347 (1.0%)	1112 (9.5%)	1235 (10.5%)	1.13 (1.04-1.23)	.003
All-cause ED visits	13,136 (56.1%)	6060 (51.8%)	7076 (60.4%)	1.42 (1.38-1.47)	<.001
AF-related ED visits	3005 (12.8%)	1456 (12.4%)	1549 (13.2%)	1.11 (1.03-1.19)	.004

# ACFA

## Retour à domicile?

---

### Qui ne relève pas de l'ambu ?

- Instabilité Hémodynamique
- Insuffisance cardiaque aigue
- Accidents embolique/hémorragique
- Pathologie sous jacente décompensée
- Terrain complexe
  - Cardiopathie sous jacente
  - Problématiques gériatriques...
- Etiologie nécessitant une hospitalisation sepsis...

### Qui pourrait relever de l'ambu? « Bas risque »

- Cœur « sain » présumé
  - ou bon VG à l'écho coeur
- Asymptomatique
- Symptômes bien tolérés
- Contrôle de la FC <110 bpm
- Cardioversion aux urgences
- Bonne adhérence en perspective

*Si Filière ambul cardiologique*

# ACFA

## Optimiser la PEC ambulatoire ?

---

### Stratification du risque et Standardisation des PEC

- Evaluation cardiologique aux Urgences
  - Dans l'idéal ETT, FEVG, valvulopathie
- Protocoles pour patients à « bas risque »
  - Condition = FC contrôlée < 110bpm, pas d'IC
  - Bisoprolol si pas de CI et NACO
- Filière cardiologique avec réévaluation < 48h

*L'exemple canadien : ETO+CEE 24h/24!*

# ACFA

## La consultation cardiologique

---

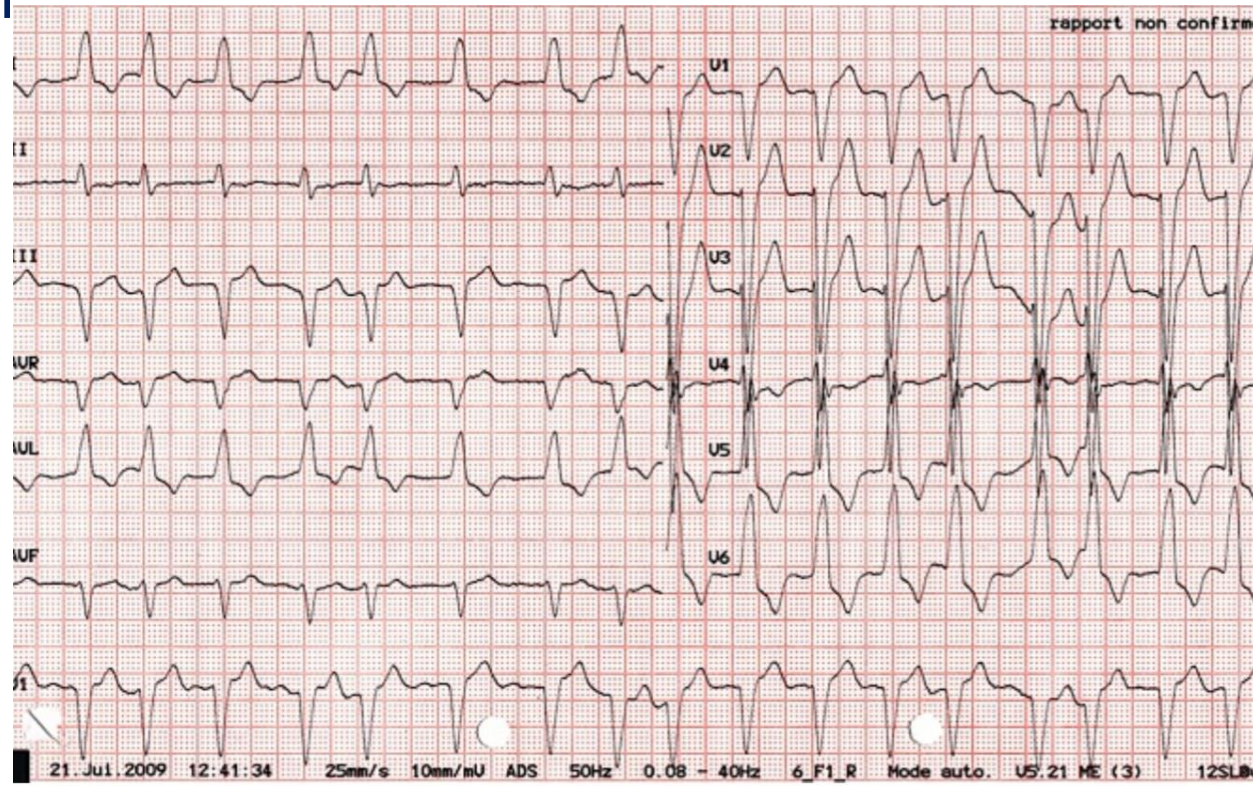
- Réévaluation du traitement
- ETT
  - Recherche cardiopathie sous-jacente
  - Retentissement
- Organisation de la suite
  - Bilan étiologique spécifique
  - Programmation cardioversion électrique
  - Geste interventionnel

# ACFA

## En pratique

- Mr R 72 ans, HTA, diabète
- Palpitations depuis 10 jours, dyspnée s'aggravant depuis 48h
- Crépitants mi-champs et OMI mi-mollets
- 131/76, FC 113bpm

Hospitalisation  
Anticoagulation  
Contrôle Fréquence  
Diurétiques  
ETT

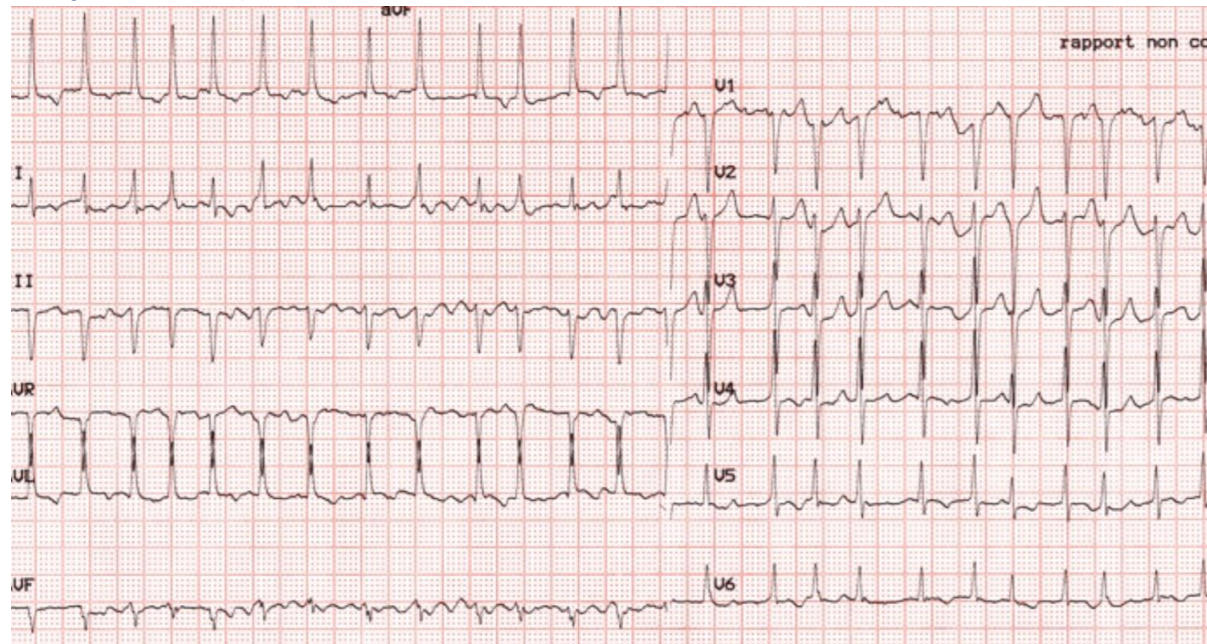


# ACFA

## En pratique

- Mr R 42 ans, sportif, ingénieur, pas d'atcds
- Palpitations depuis ce matin, sensation de battements irréguliers
- Pas d'insuffisance cardiaque
- 114/79, FC 110bpm, K+ 4,1, TSH ok
- ETT, Bonne fonction systolique VG

Flecaine 2mg/kg 10 minutes  
Anticoagulation 4 semaines  
RAD  
Cst cardio rapide

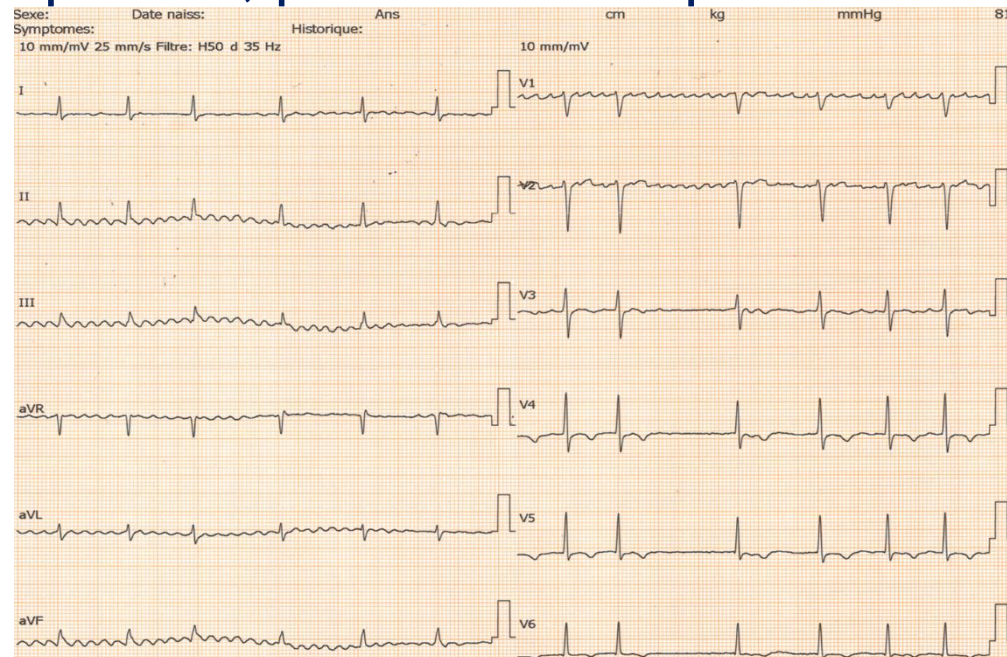


# ACFA

## En pratique

- Mr S 66 ans, diabétique, sportif
- Palpitations depuis 1 semaine, sensation de battements irréguliers
- Pas d'insuffisance cardiaque
- 114/79, FC 73 bpm
- ETT, Bonne fonction systolique VG, pas de valvulopathie

Bisoce+NACO  
RAD  
Cst cardio rapide



# Take home message

---

- Identifier les candidats à une PEC ambulatoire
  - FA cœur sain / Patients à bas risque
  - FA avec bonne tolérance
  - Bonne compréhension
- Planifier le parcours ambulatoire
  - Collaboration cardio-urgentistes
  - Protocoles
  - Cst cardio systématique

---

brahim.harbaoui@chu-lyon.fr

