



- Page d'Accueil
- Qui sommes-nous ?
- FACTEURS DE RISQUE
 - Hypertension Artérielle
 - Diabète
 - Fibrillation Auriculaire
 - Cholestérol
 - Inactivité Physique
 - Alimentation mal-adaptée
 - Alcool
 - Obésité
 - le Tabagisme
 - Stress et Dépression
- RESSOURCES
 - Vidéos
 - Blog
 - Podcast
 - Liens utiles
 - Lecture complémentaire
 - Communiqués de Presse

- Nouvelles
-  Français
 -  English
 -  Português
 -  Русский
 -  Español
 -  Français
 -  Polski

- CONTACT

DONATE

Fibrillation Auriculaire



La fibrillation auriculaire (FA) est un facteur de risque indépendant établi de l'AVC. Il s'agit de l'arythmie cardiaque la plus fréquente, caractérisée par un rythme cardiaque irrégulier et souvent rapide. La FA est fortement dépendante de l'âge, touchant 4% des personnes âgées de plus de 60 ans et 8% des personnes âgées de plus de 80 ans. Environ 25% des personnes âgées de plus de 40 ans développeront une FA au cours de leur vie. Selon le rapport sur le Fardeau de l'AVC (Burden of Stroke Report), le nombre de patients atteints de FA en Europe devrait passer de 8,8 millions en 2010 à 17,9 millions en 2060.

Durant la FA, les deux cavités supérieures du cœur (oreillettes) battent de façon irrégulière, et ne sont pas coordonnées avec le battement des deux cavités inférieures (les ventricules). Cela peut entraîner la formation de caillots sanguins

dans le cœur, susceptibles de circuler dans les vaisseaux sanguins du cerveau, de bloquer le flux sanguin et d'entraîner un AVC. Environ 20 à 30% de tous les AVC sont dus à la FA. Le risque d'AVC associé à la FA augmente avec l'âge, le sexe féminin, l'hypertension, le diabète, l'insuffisance cardiaque, la coronaropathie, la maladie artérielle périphérique, la cardiopathie valvulaire, et les antécédents d'AVC ischémique transitoire.

La FA est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (risque de décès 1,5 à 1,9 fois plus élevé), en raison de la forte association entre la FA et les événements thromboemboliques, et en particulier avec l'AVC.

La FA est diagnostiquée à l'aide d'un électrocardiogramme (ECG) indiquant le rythme et la fréquence des battements du cœur. Il est important de savoir que certaines personnes atteintes de FA ne ressentent aucun symptôme et ne sont pas conscientes de leur état jusqu'à ce qu'il soit découvert au cours d'une auscultation. D'autres peuvent présenter les symptômes suivants : palpitations cardiaques, essoufflement, douleurs au niveau de la poitrine, fatigue, faiblesse générale, vertiges et confusion.

Il existe quatre types de FA :

- la FA paroxystique qui se produit occasionnellement, dure de quelques minutes à plusieurs heures et qui disparaît dans les 7 jours, ne nécessite pas de traitement médicamenteux
- la FA persistante qui dure plus de 7 jours, ne disparaît pas spontanément et doit être soignée par la prise de médicaments ou une intervention électrique ;
- la FA persistante de longue date qui se prolonge plus de 12 mois, soit parce que la cardioversion a échoué, soit parce qu'une cardioversion n'a pas été tentée.
- la FA permanente, ce qui signifie que le rythme cardiaque est altéré de façon permanente et que le patient devra suivre un traitement médicamenteux à long terme.

Dans 10-15% des cas de FA, la maladie survient en l'absence de comorbidités. Cependant, la FA est souvent associée à d'autres maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle, l'infarctus du myocarde, la coronaropathie, des valvules cardiaques anormales, le dysfonctionnement du stimulateur naturel

du cœur et les interventions chirurgicales antérieures. Les autres facteurs de risque comprennent une altération du métabolisme, un dysfonctionnement de la glande thyroïde, le diabète, une insuffisance rénale, le tabagisme, l'alcoolisme, une consommation excessive de caféine, certains médicaments, des maladies pulmonaires (pneumonie), la cirrhose, l'apnée du sommeil et le stress. L'âge, l'obésité et les antécédents familiaux peuvent augmenter le risque de développer une FA.

La gestion de la FA comprend des médicaments pour le contrôle du rythme cardiaque et d'autres interventions visant à modifier le système électrique du cœur. Le risque d'AVC causé par la FA qui dure plus de 24 heures est une préoccupation majeure et se traite en général en prescrivant un anticoagulant (warfarine, dabigatran, rivaroxaban, apixaban ou édoxaban). Les agents de fluidification du sang, c'est-à-dire les anticoagulants, peuvent réduire considérablement le risque d'AVC causé par des caillots sanguins. Les nouveaux anticoagulants oraux (NOAC) (apixaban, dabigatran, édoxaban et rivaroxaban) sont préférés aux antagonistes de la vitamine K (warfarine, sintrom), mais ils ne sont pas recommandés chez les patients dotés de valves cardiaques mécaniques ou souffrant d'une sténose mitrale modérée à sévère. L'aspirine n'est plus recommandée pour le traitement de la FA.

La prévention de la FA consiste en un style de vie sain, qui comprend un régime alimentaire sain, une activité physique régulière (30 minutes minimum par jour), un poids raisonnable, l'absence de tabac, une réduction de la caféine et de l'alcool, en évitant le stress.

Références:

1. [Guideline] January CT, Wann LS, Alpert JS, et al, for the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2014 Dec 2. 64 (21):e1-76
2. Ferrari R, Bertini M, Blomstrom-Lundqvist C, et al. An update on atrial fibrillation in 2014: from pathophysiology to treatment. Int J Cardiol. 2016

Jan 15. 203:22-9.

3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al, for the Writing Group Members, American Heart Association Statistics Committee., et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2016 Jan 26. 133 (4):447-54.
4. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. European Heart Journal 37(38):2893-962
5. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation. 2004 Aug 31. 110 (9):1042-6.
6. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991 Aug. 22 (8):983-8.
7. www.safestroke.eu

Développé par



SAFE conserve le plein contrôle éditorial sur le contenu de ce site.

Soutenu par une Subvention Educative de



Liens

- Conditions d'Utilisation
- Politique de confidentialité
- Politique de Cookies
- Contact

- Facebook
- X
- RSS