

2015-2016

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en MÉDÉCINE GÉNÉRALE**

**PRISE EN CHARGE DES  
DÉCOUVERTES DE  
FIBRILLATION ATRIALE  
AUX URGENCES ADULTES  
DU MANS EN 2014**

**ROUSSET Hoël**

Né le 14 juin 1988 à NANTES

Sous la direction de Madame le Docteur BRODEUR Sarah

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie | Président

Madame le Docteur BRODEUR Sarah | Directeur

Madame le Professeur BRIET Marie | Membre

Monsieur le Docteur BELLANGER William | Membre

Soutenue publiquement le :  
12 décembre 2016



**UFR SANTÉ**



# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné, ROUSSET Hoël  
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **06/11/2016**

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS**

---

**Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD**

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE**

**Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

# REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre-Marie ROY, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury ;

À Madame le Docteur BRODEUR Sarah pour avoir accepté de diriger ce travail ;

À Madame le Professeur BRIET Marie et à Monsieur le Docteur BELLANGER William d'avoir accepté de faire partie de mon jury ;

À Madame le Docteur PAROT SCHINKEL Elsa pour ses conseils et la réalisation des calculs statistiques ;

À Monsieur le Docteur CHOUKROUN Jacques et Monsieur le Docteur AMELOT Mathieu pour être à l'initiative de ce projet et m'avoir conseillé dans le temps de sa réalisation.

## Liste des abréviations

AAP	Antiagrégant Plaquettaire
AOD	Anticoagulants Oraux Directs
ATCD	Antécédents
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVK	Anti-Vitamine K
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
ESC	European Society of Cardiology
FA	Fibrillation Atriale
FC	Fréquence Cardiaque
HTA	Hypertension Artérielle
mm	Millimètre
PAS	Pression Artérielle Systolique
PAD	Pression Artérielle Diastolique
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence

## **Plan**

**LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**RÉSUMÉ**

**INTRODUCTION**

**MÉTHODES**

**RÉSULTATS**

- 1. Inclusions**
- 2. Type de prise en charge des découvertes de fibrillation atriale**
- 3. Description de la population**
- 4. Description de la fibrillation atriale**
- 5. Description de la prise en charge médicale**
- 6. Evènements indésirables à un mois du diagnostic de fibrillation atriale**

**DISCUSSION**

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**LISTE DES FIGURES**

**TABLE DES MATIÈRES**

# **PRISE EN CHARGE DES DÉCOUVERTES DE FIBRILLATION ATRIALE AUX URGENCES ADULTES DU MANS EN 2014**

## **ROUSSET Hoël**

Auteur principal

Affiliation : Service de médecine d'urgence, Centre hospitalier universitaire d'Angers, Angers, France

## **BRODEUR Sarah**

Dernier auteur

Affiliation : Service de médecine d'Urgence, Centre hospitalier du Mans, Le Mans, France

## RÉSUMÉ

**Introduction** – La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme cardiaque le plus fréquent dans la population générale et dans les services d'urgences. Elle constitue un véritable enjeu de santé publique de par ses conséquences sur le plan socio-économique et sur la morbi-mortalité des patients. L'objectif de cette étude est d'étudier le nombre de découvertes de FA prises en charge en ambulatoire sur l'année 2014 aux urgences du Mans et caractériser la population atteinte de cette pathologie.

**Matériel et méthodes** – Étude rétrospective, observationnelle, monocentrique, réalisée entre janvier et décembre 2014. Un recueil a été réalisé afin de quantifier la proportion de découvertes de FA prises en charge en ambulatoire, décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients admis pour une découverte de FA, les caractéristiques cliniques de la FA, la prise en charge effectuée aux urgences et de recueillir les évènements indésirables à un mois du diagnostic.

**Résultats** – 113 patients ayant eu un premier épisode de FA aux urgences ont été inclus. 16,8% (19 patients) des patients ont été pris en charge en ambulatoire. 85,8% (97 patients) des patients ont reçu une anticoagulation aux urgences et 63,7% (72 patients) se sont vus prescrire un traitement bradycardisant. Le score CHA2DS2-VASc était calculé dans 14,2% des dossiers (16 dossiers) et le score HAS-BLED dans 3,5% des dossiers (4 dossiers). Quatre cardioversions ont été réalisées aux urgences. La notion d'éducation thérapeutique n'a été retrouvée dans aucun dossier des urgences. Aucun évènement indésirable n'a été observé dans la population traitée en ambulatoire à un mois du diagnostic.

**Conclusion** – 16,8% des FA découvertes aux urgences du Mans en 2014 ont été prises en charge en ambulatoire.

# INTRODUCTION

## Physiopathologie

La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme cardiaque le plus fréquent (1). Il est défini par une contraction anarchique et rapide du myocarde atrial déclenchée par de multiples foyers ectopiques induisant une perte de la systole atriale et en conséquence une baisse du volume d'éjection ventriculaire (de 5 à 15%). Cette perte de la contraction atriale entraîne un risque de formation de thrombus pouvant être responsable de complication embolique (2). La FA est rarement primitive, elle survient préférentiellement sur une cardiopathie préexistante ou après la survenue d'un facteur déclenchant. Les principales comorbidités associées à la FA sont : l'hypertension (HTA) (67-76%), l'insuffisance cardiaque (22-42%), le diabète (20-24%), l'obésité (20-35%), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (10-18%) et les pathologies vasculaires (14-32%) (3).

Il existe plusieurs types de FA : la FA inaugurale correspondant au premier accès diagnostiqué, la FA paroxystique (durée de moins de 7 jours avec ou sans cardioversion), la FA persistante (durée supérieure à 7 jours avec ou sans cardioversion), la FA persistante de longue durée (FA de plus d'un an avec une stratégie de contrôle du rythme) et la FA permanente (sans stratégie de contrôle du rythme) (4). Leurs proportions sont de 38,2% pour la FA paroxystique, 10% pour la FA persistante et 51,8% pour la FA permanente (5).

## Épidémiologie

La prévalence de la FA est supérieure à 2 % dans la population générale (6). En France, celle-ci est estimée entre 600 000 et 1 million de personnes (7). Elle varie selon l'âge des patients : de 0,12%-0,16% pour les patients de moins de 49 ans, à 3,7%-4,2% pour les 60-70 ans, jusqu'à 10%-17% pour les plus de 80 ans. Le sexe est également un facteur de variation puisque le ratio homme/femme est égal à 1,2/1 (3).

En Europe, les projections à l'horizon 2030 situent la prévalence entre 14 et 17 millions de patients atteints par la FA (3).

L'incidence suit les mêmes variations que la prévalence, se modifiant selon l'âge (doublant toutes les décennies) : l'incidence annuelle pour les hommes étant de 3,1 cas/1000 patients examinés pour les 55-64 ans contre 38 cas/1000 patients examinés pour les hommes de 85 à 94 ans (7). Selon les incidences d'études internationales appliquées à la population française, il y aurait de 110 000 à 230 000 nouveaux cas de FA par année en France (7).

On observe une prévalence de la FA croissante pouvant s'expliquer par un vieillissement de la population, par l'amélioration du traitement de pathologies favorisant la FA notamment l'insuffisance cardiaque (8), mais aussi probablement par un meilleur dépistage (9).

Dans les services d'urgences, la prévalence de la FA est superposable à celle de la population générale. Différentes études internationales corroborent ces données. En effet, dans son étude rétrospective canadienne, Atzema et al. (2013) retrouve une prévalence de 0,5% (10).

L'étude américaine de McDonald et al. (2008), réalisée sur une durée de 12 ans, confirme cette tendance à l'augmentation : le nombre de passages aux urgences ayant pour diagnostic principal « fibrillation atriale » est passé de 300 000 par an en 1994 à 564 000 en 2004 soit une augmentation de 88% (11).

## Enjeux de santé publique

La FA, bien que n'engageant pas le pronostic vital à court terme, demeure un véritable enjeu de santé publique de par ses conséquences sur la morbi-mortalité. En effet, les patients suivis pour une FA sont plus à risque de complications. Ils ont une probabilité 2 à 5 fois plus élevée de présenter un évènement cardiovasculaire (hospitalisation ou décès) que des personnes en rythme sinusal (12). Cette population a également cinq fois plus de risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC) et une incidence d'insuffisance cardiaque trois fois plus importante que des patients en rythme sinusal (13). D'après une étude de Dorian et al. (2000) évaluant la qualité de vie à l'aide de questionnaires relatifs aux différents pans de la santé individuelle (physique, mentale, sociale), les patients atteints de FA présentent une altération de leur qualité de vie comparés aux sujets sains, celle-ci étant comparable voire inférieure à celle de personnes ayant subi un infarctus récent du myocarde (14).

Les répercussions financières de prise en charge de la FA à titre individuel et collectif sont majeures. Sur le plan sociétal, le coût total annuel de la FA est estimé à 2,5 milliards d'euros en France, le premier poste de dépense restant les hospitalisations (52%). Par la suite, il est observé une répartition des dépenses suivantes : médicaments (23%), consultations (9%), examens complémentaires (8%), arrêt de travail (6%) et soins paramédicaux (2%) (15).

Au vu de ces données et notamment du coût financier, les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2014 (16) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) de 2015 (2) tendent à favoriser une prise en charge ambulatoire de la FA. Celle-ci est d'autant plus réalisable que de nouveaux anticoagulants oraux ont fait leur apparition depuis 2008.

Ainsi développer un réseau de soins ambulatoires avec une prise en charge optimale de cette pathologie, en tenant compte des dernières recommandations, paraît primordial dans un but d'efficience médicale et de confort du patient.

La littérature est rare concernant la prise en charge ambulatoire des découvertes de FA. Cependant, dans une étude de Gimenez-Garcia et al.(2014), 56 % des découvertes de FA en soins primaires sont prises en charge dans un service d'urgences (17). Compte tenu de cette évolution et dans l'objectif du développement d'une filière de soins spécifiques, il apparaît nécessaire d'analyser la population de patients admis aux urgences dans le cadre d'une découverte de FA et d'en étayer la prise en charge.

## Objectif de l'étude

Dans cette étude, l'objectif principal est de quantifier le nombre de découvertes de FA prises en charge en ambulatoire sur l'année 2014 au sein des urgences du centre hospitalier du Mans. Les objectifs secondaires sont de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients ayant une découverte de FA en 2014 aux urgences du centre hospitalier du Mans ainsi que les caractéristiques et la prise en charge de la FA. Nous avons comparé ces données entre les patients hospitalisés et ambulatoires. Un état des lieux des évènements indésirables survenus le mois suivant le diagnostic de FA a été effectué.

# MÉTHODES

## Type d'étude

Il a été réalisé une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique, descriptive, à méthodologie quantitative à partir de données qualitatives et quantitatives.

## Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les patients admis aux urgences du centre hospitalier du Mans, durant l'année 2014, pour un premier épisode de FA confirmé par un électrocardiogramme et âgés de plus de 18 ans.

## Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les patients dont le diagnostic de premier épisode de FA n'était pas effectué aux urgences, mais dans un autre service : consultation spécialisée, hospitalisation. Ils ne devaient pas présenter un trouble du rythme différent de la FA : flutter atrial, extrasystole atriale, tachycardie atriale, tachycardie jonctionnelle. Leur dossier devait être disponible au service des archives pendant la période de recueil, avec un compte rendu de leur passage au Service d'Accueil des Urgences (SAU).

## Protocole de l'étude

Les patients ont été sélectionnés par requête auprès du département d'information médicale recherchant tous les passages dont le diagnostic principal était « I48 » (CIM-10 : fibrillation et flutter auriculaires) dans les logiciels CORA PMSI et URQUAL sur l'année 2014. Une revue de leur dossier informatique a été effectuée afin de réaliser une première sélection de patients selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Une consultation du dossier médical papier a été ensuite réalisée aux archives du centre hospitalier du Mans afin de sélectionner et recueillir les données recherchées.

## Critères étudiés

Les données énoncées ci-après ont été recueillies pour chaque patient ayant eu une découverte de FA aux urgences durant l'année 2014.

Les caractéristiques épidémiologiques suivantes ont été recherchées : âge, sexe, lieu de vie (était considéré comme ne vivant pas à domicile tout patient hébergé par une tierce personne ou vivant en institution), l'existence de troubles cognitifs (démence ou mention dans le dossier de troubles cognitifs antérieurs).

Les comorbidités associées à la FA étaient recherchées dans les antécédents des patients : dysthyroïdie, BPCO, apnée du sommeil et insuffisance rénale chronique.

Le terrain cardiovasculaire était apprécié par le recueil des facteurs de risque cardiovasculaires et des cardiopathies associées à la FA. Il a été recherché l'existence d'une hypertension artérielle, d'un diabète, d'une dyslipidémie, d'un tabagisme (actif ou arrêté depuis moins de 3 ans), d'une obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30), et d'antécédents familiaux cardiaques.

Les cardiopathies recherchées étaient regroupées en cardiopathie ischémique ou toutes autres cardiopathies parmi les suivantes : insuffisance cardiaque chronique symptomatique, valvulopathie mitrale, cardiomyopathie, cardiopathie congénitale, cardiopathie infiltrante ou hypertrophique.

Le traitement suivi par le patient au moment de son admission au SAU était précisé par lecture de l'ordonnance initiale, de l'observation des urgences ou du dossier informatique.

Les médicaments anticoagulants, antiagrégants et cardiotropes (bêtabloquant et inhibiteur calcique) étaient recherchés.

La clinique a été décrite par les éléments suivants : la fréquence cardiaque (valeur la plus haute retenue), les pressions artérielles systolique et diastolique (valeurs les plus basses retenues). L'histoire de la maladie était caractérisée par la notion de début qui était objectivée dans le dossier si les symptômes suivants étaient mentionnés : palpitations, vertiges, douleurs thoraciques, malaises, syncopes (2). Si une notion de début était retrouvée, il était recherché si ce début datait de moins de 48 heures.

L'existence d'un facteur déclenchant était recherchée pour chaque patient : modification de la tension pariétale (cardiopathie décompensée, hypovolémie, sepsis, embolie pulmonaire), variation du système nerveux autonome (activation vagale, thyrotoxicose), troubles métaboliques (hypokaliémie, hypoxémie, ischémie...) et causes toxiques (alcoolisation aiguë...) (2).

La prise en charge de la FA a été décrite en recueillant sur le dossier des urgences la présence des deux principaux scores utiles à la prise en charge de la FA : CHA2DS2-VASc (pour apprécier le risque thromboembolique) et HAS-BLED (pour évaluer le risque hémorragique). Les traitements administrés et prescrits aux urgences ont été recueillis : anticoagulant, antiagrégant, traitement bradycardisant et éventuelle cardioversion. Dans l'échantillon de patients traités en ambulatoire et anticoagulés, la présence d'une éducation thérapeutique dans le dossier médical et paramédical a été recherchée.

Une évaluation de la prise en charge hospitalière a été réalisée en recueillant : le pourcentage de patients hospitalisés dans le service de cardiologie, la durée moyenne de séjour et le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une échographie trans-thoracique durant leur hospitalisation.

Pour les patients ambulatoires, la proportion de patients ayant eu une consultation de cardiologie et une échographie en externe était calculée, ainsi que le délai moyen de celles-ci.

Un recueil des événements indésirables les plus fréquents était effectué sur le mois suivant le diagnostic de FA (nouvelle hospitalisation, accident vasculaire cérébral, embolie systémique, événement hémorragique, décès). Les événements survenus durant l'hospitalisation initiale n'étaient pas pris en compte.

Si une donnée recherchée n'était pas retrouvée, celle-ci était considérée comme absente.

## Déclaration réglementaire

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (numéro de déclaration : 1972424v0 le 29 juillet 2016).

## Analyse statistique

Les données étaient recueillies sur tableur EXCEL. Les statistiques ont été obtenues après utilisation du logiciel SPSS. Les comparaisons entre les deux populations ambulatoire et hospitalisée ont été réalisées par un test de Khi-deux de Pearson lorsqu'aucun effectif théorique n'était inférieur à 5 ; dans le cas contraire un test exact de Fisher a été utilisé.

L'analyse statistique a été réalisée par le Dr PAROT SCHINKEL Elsa du Département de biostatistiques et méthodologie du centre hospitalo-universitaire d'Angers.

# RÉSULTATS

## 1. Inclusions

Sur les 462 patients dont le diagnostic principal de séjour est « I48 », entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014, 315 patients ont été exclus sur consultation du dossier informatique. 147 dossiers médicaux physiques ont été consultés et ont permis de sélectionner 113 patients (figure 1).

Sur cette même période, il y a eu 54 548 passages aux urgences adultes. Les découvertes de FA représentaient 0,21% des passages aux urgences en 2014.

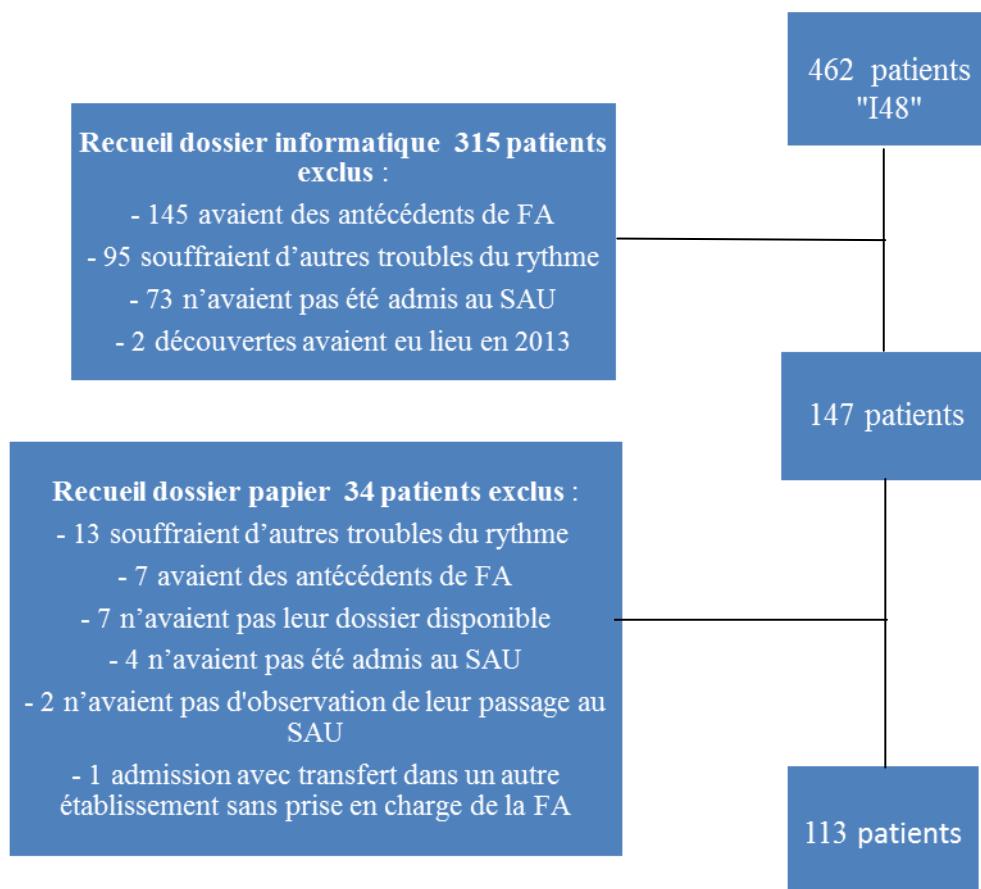


Figure 1 : Diagramme de flux

## 2. Type de prise en charge des découvertes de FA

Sur 113 découvertes de FA diagnostiquées aux urgences du Mans, 16,8% (19 patients) ont été prises en charge en ambulatoire et 83,2% (94 patients) ont été hospitalisées (figure2).

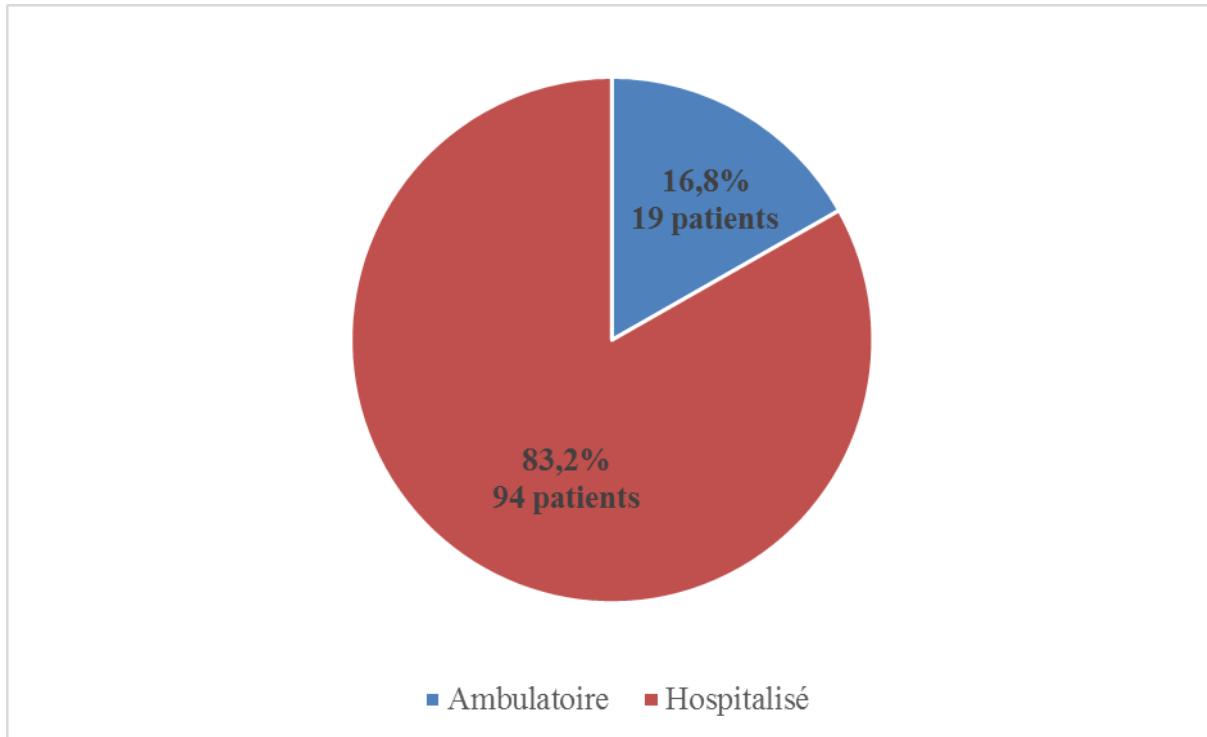
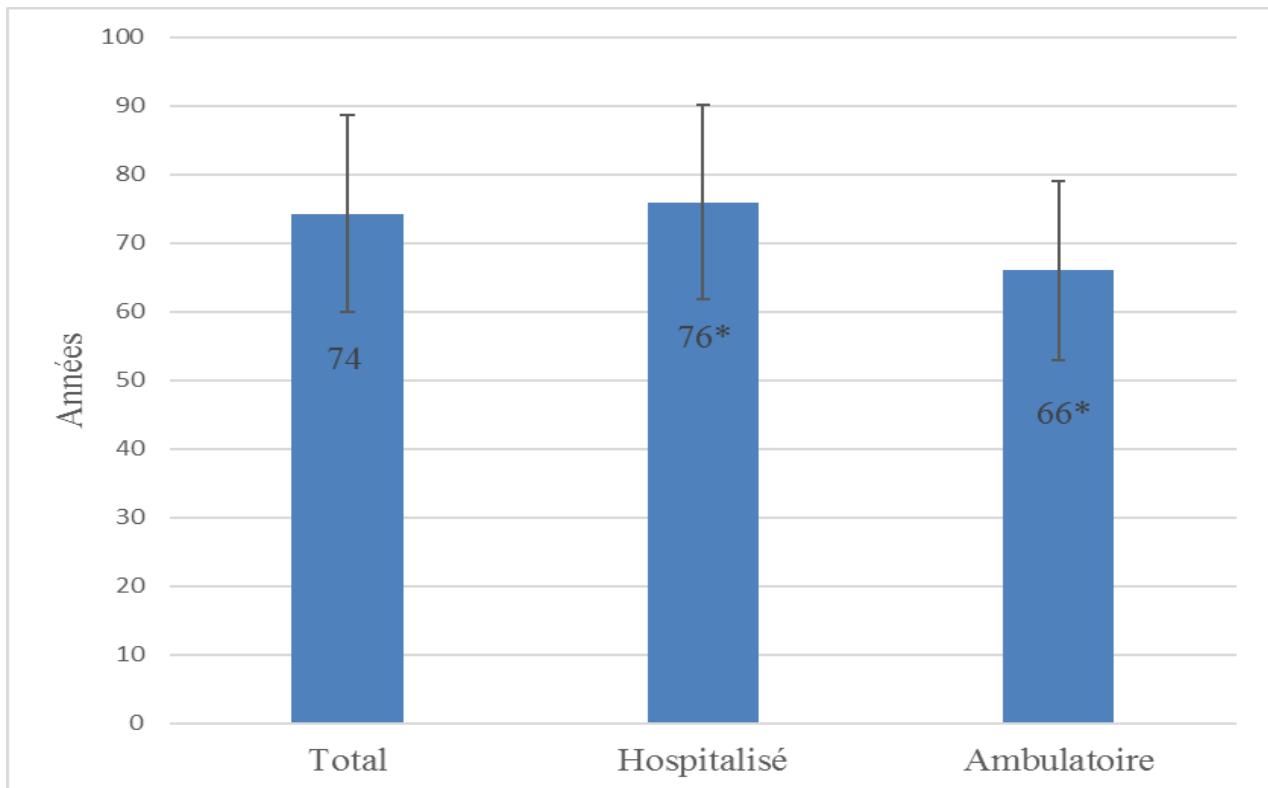


Figure 2 : Répartition des modalités de prise en charge des découvertes de FA

### 3. Description de la population

#### 3.1. Âge

Parmi la population totale, l'âge moyen était de 74 ans +/- 14. Le plus jeune patient avait 18 ans et le plus âgé 100 ans. L'âge moyen de la population ambulatoire était significativement différent de celui des patients hospitalisés ( $p=0,002$ ) (figure 3).



\* : significativement différent

Figure 3 : Moyenne d'âge de la population selon les modalités de prise en charge

### 3.2. Autres facteurs de risque cardiovasculaires

La population générale était constituée de 62 femmes (54,9%) et 51 hommes (45,1%).

5% des patients n'avaient aucun facteur de risque cardiovasculaire.

L'hypertension artérielle était le facteur de risque cardiovasculaire prédominant retrouvé chez 69,9% de la population totale (79 patients) ; la dyslipidémie touchait 44,2% (50 patients), l'obésité 23,9% (27 patients), le diabète 13,3% (15 patients) et le tabac 8% (9 patients).

Aucune différence significative relative aux facteurs de risque cardiovasculaires n'a été mise en évidence entre la population ambulatoire et hospitalisée (figure 4).

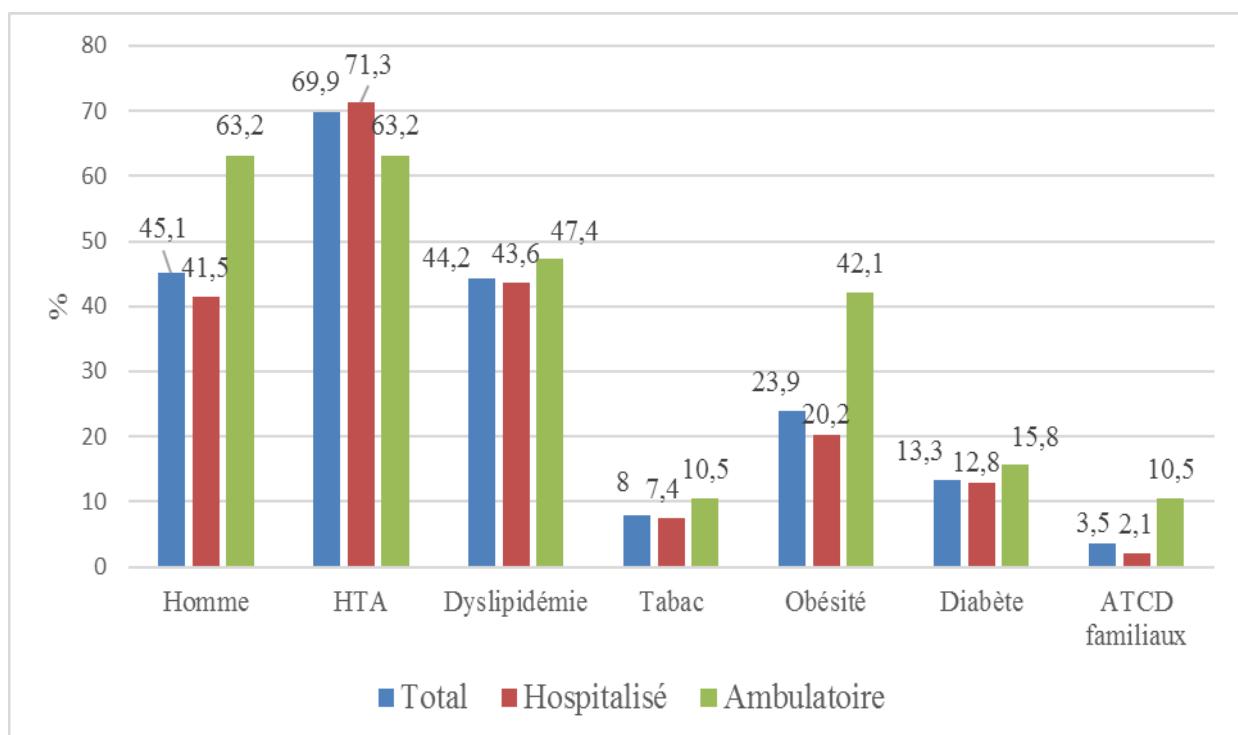


Figure 4 : Répartition des facteurs de risque cardiovasculaires

### 3.3. Comorbidités et cardiopathies

Les patients ayant au moins une comorbidité représentaient 31% de la population totale (35 patients).

16,8% de la population générale (19 patients) présentait une insuffisance rénale chronique, 9,7% des patients (11 patients) une dysthyroïdie, 7,1% des patients (8 patients) une apnée du sommeil et 3,5% (4 patients) une BPCO.

Parmi la population totale, 26,5% des patients avaient au moins une cardiopathie. 13,3% des patients (15 patients) avaient une cardiopathie ischémique et 16,8% (19 patients) une autre cardiopathie (insuffisance cardiaque chronique, valvulopathie mitrale, cardiomyopathie, congénitale ou infiltrante).

Parmi les comorbidités associées à la FA et les cardiopathies, aucune différence significative n'a été retrouvée entre la population hospitalisée et ambulatoire (figure 5).

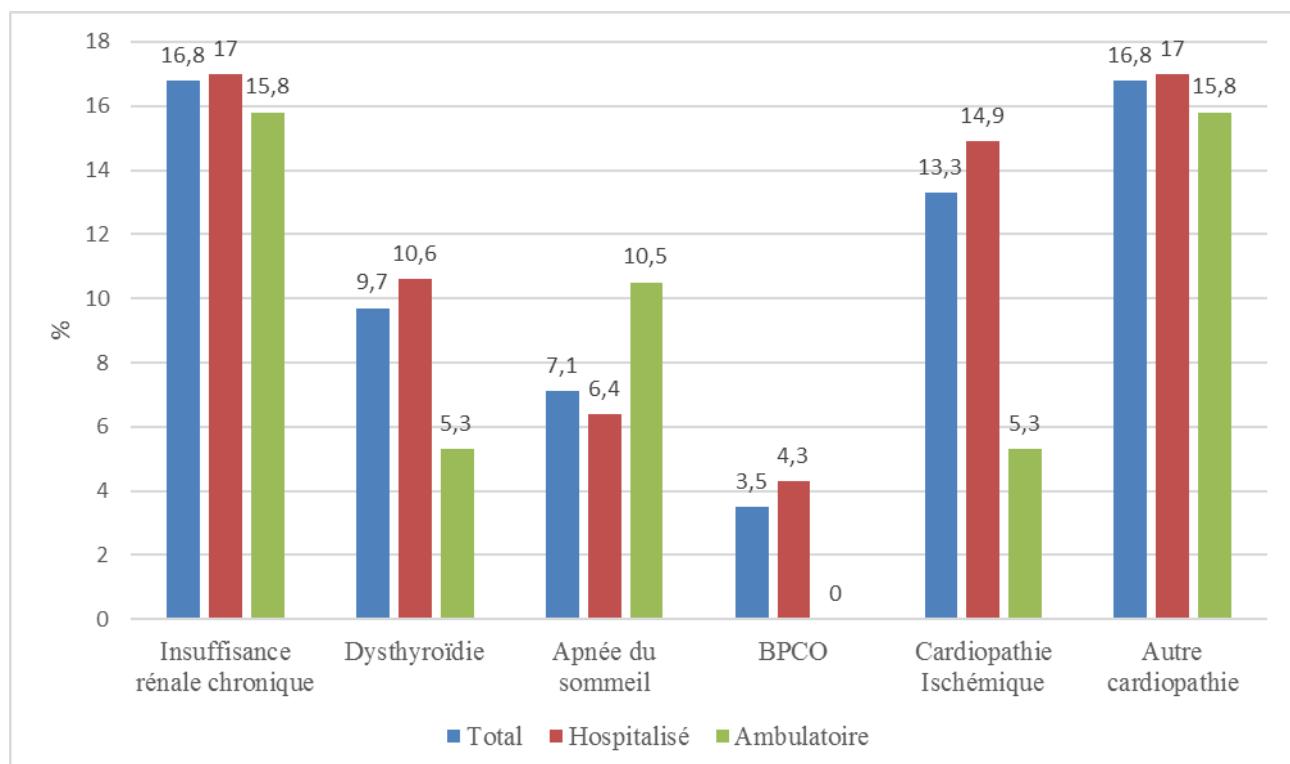


Figure 5 : Répartition des comorbidités et cardiopathies

### 3.4. Mode de vie et traitement usuel

Dans la population totale, 103 patients (91,2%) vivaient à domicile.

28 patients (24,8%) avaient des troubles cognitifs mais aucun n'avait été pris en charge de manière ambulatoire. Il existait une différence significative entre la population hospitalisée et ambulatoire concernant les troubles cognitifs ( $p=0,003$ ).

Sur le plan de la thérapeutique usuelle, aucun patient n'était sous anticoagulant, mais 39 patients (34,5%) étaient sous antiagrégant plaquettai.

36 patients (31,9%) étaient sous bétabloquant et 24 patients (21,2%) étaient sous inhibiteur calcique.

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre la population hospitalisée et ambulatoire dans le cadre de la thérapeutique usuelle (figure 6).

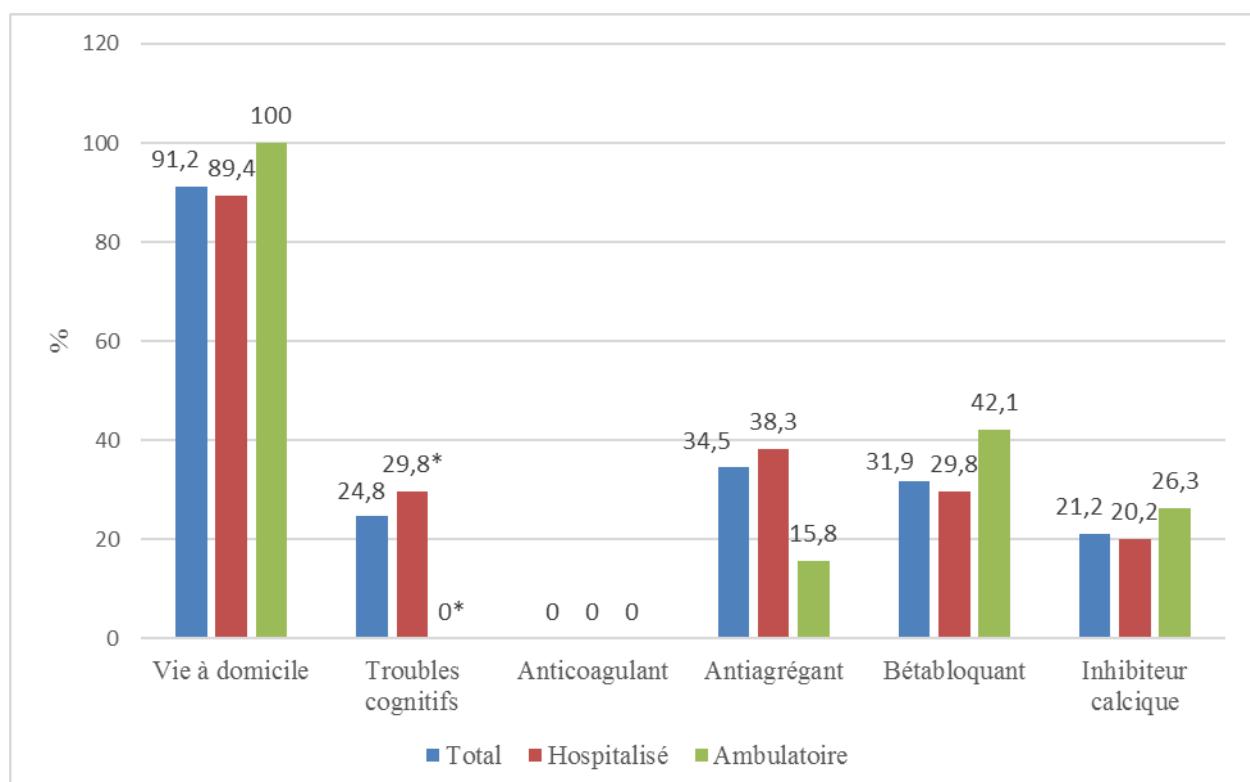


Figure 6 : Répartition du mode de vie et du traitement usuel

## 4. Description de la fibrillation atriale

### 4.1. Variables hémodynamiques de la fibrillation atriale

La fréquence cardiaque moyenne dans la population totale était de 123 battements par minute +/- 28.

65,8% de la population générale (73 patients) avaient une fréquence cardiaque supérieure à 110 pulsations par minute (figures 7 et 8).

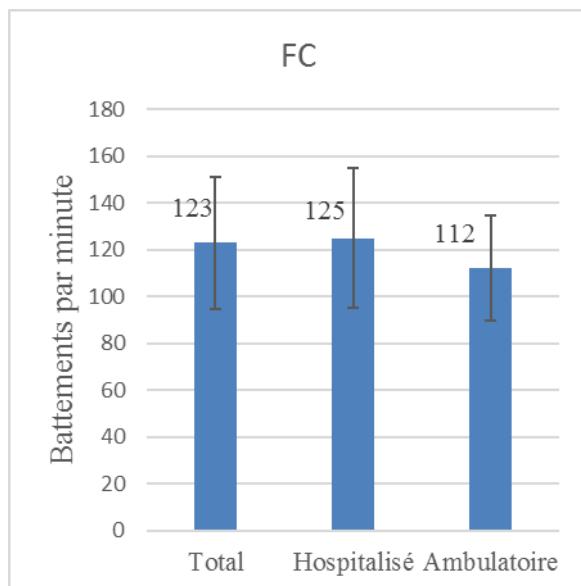


Figure 7 : Répartition des moyennes  
de la fréquence cardiaque.

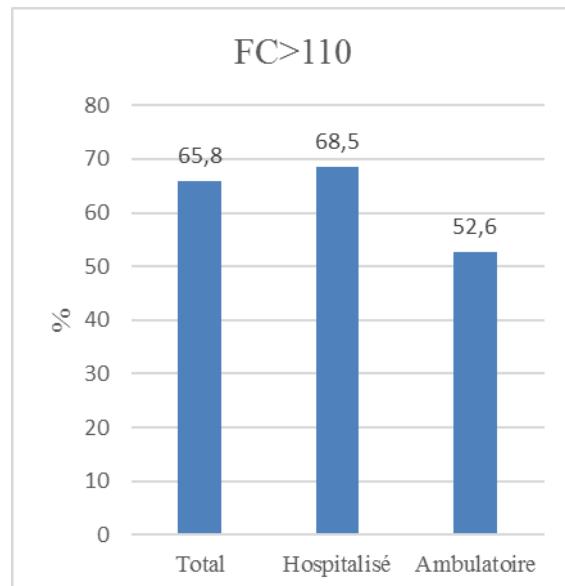
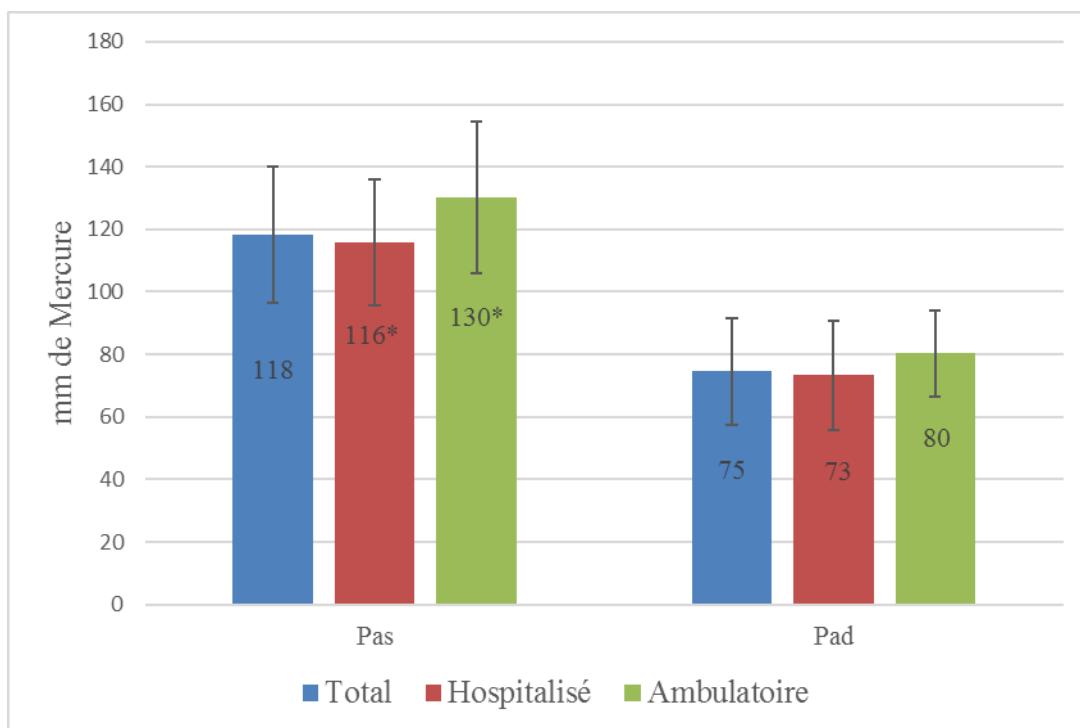


Figure 8 : Proportions des différentes  
populations ayant une fréquence  
cardiaque supérieure à 110.

La moyenne de la pression artérielle systolique dans la population totale était de 118 millimètres (mm) de mercure +/- 21, et la moyenne de la pression artérielle diastolique était de 75 mm de mercure +/-17.

Il existait une différence significative sur les mesures de pression artérielle systolique entre la population ambulatoire et hospitalisée ( $p=0,031$ ) (figure 9).



\* : significativement différent

Figure 9 : Moyennes des pressions artérielles systolique et diastolique dans les différentes populations

## 4.2. Caractéristiques cliniques de la fibrillation atriale

Un facteur déclenchant était observé chez 27 patients (23,9%) dont deux patients avec deux facteurs déclenchants.

Le facteur déclenchant le plus fréquemment observé était la modification de la tension pariétale de l'oreillette retrouvée chez 11 patients (40,7%) dont 8 sepsis.

Il a été observé chez 8 patients (29,6%) des variations du système nerveux autonome (dont 4 thyrotoxicoses) à égale répartition avec 8 autres patients ayant des troubles métaboliques (dont 7 hypokaliémies) et 2 patients (7,4%) présentaient une cause toxique (alcoolisation) (figure 10).

Une notion de début était retrouvée chez 56 patients (49,6%) avec, parmi ces patients, 35 patients (62,5%) qui avaient une notion de début inférieur à 48 heures. Le début inférieur à 48 heures concernait 6 patients traités en ambulatoire (75%) et 29 patients hospitalisés (60,4%).

Parmi les données analysées, il n'existait aucune différence significative entre la population hospitalisée et ambulatoire (figure 11).

Au sein de la population totale, 26 patients (23%) avaient un début de FA de moins de 48 heures sans facteur déclenchant.

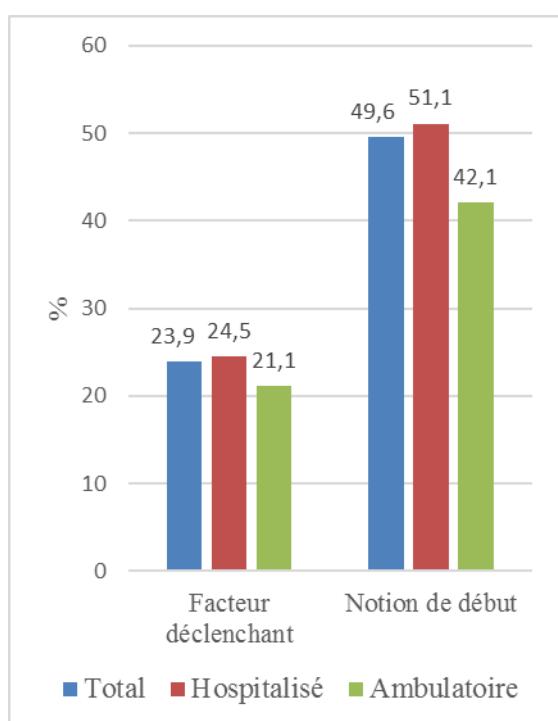


Figure 10 : Caractéristiques cliniques de la FA

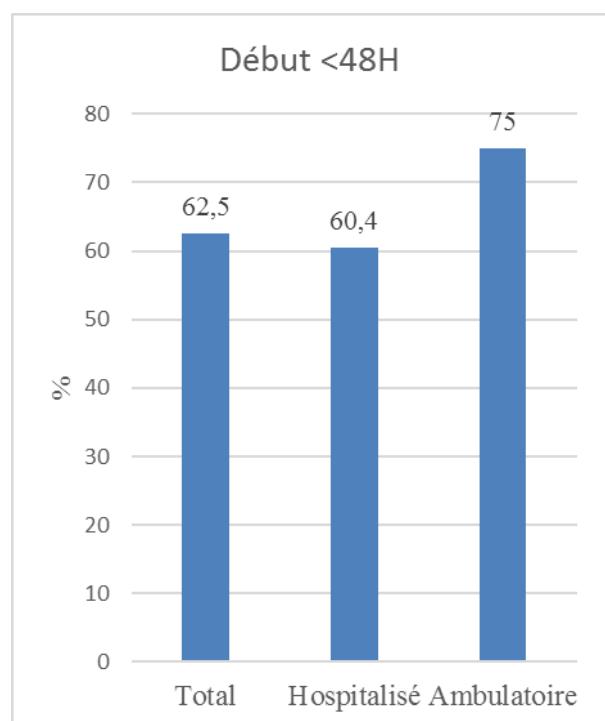


Figure 11 : Proportion des découvertes de FA avec début inférieur à 48 heures.

## 5. Description de la prise en charge médicale

### 5.1. Prise en charge médicale au service des urgences

#### 5.1.1. Anticoagulation de la fibrillation atriale aux urgences

Sur la population totale, 97 patients (85,8%) ont eu une prescription d'un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire. Il n'existe pas de différence significative entre les patients hospitalisés et ambulatoires (figure 12).

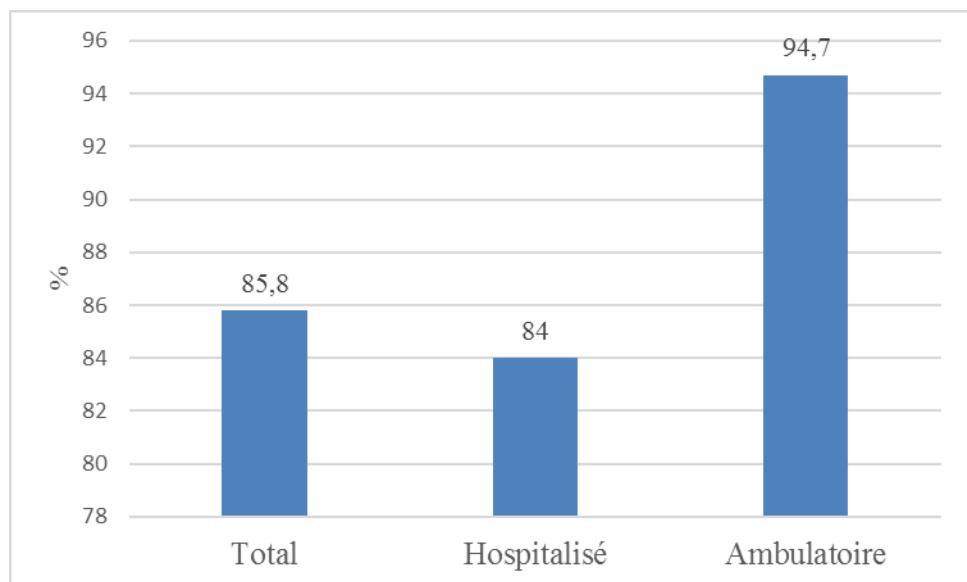


Figure 12 : Proportion de prescription d'un traitement anticoagulant aux urgences

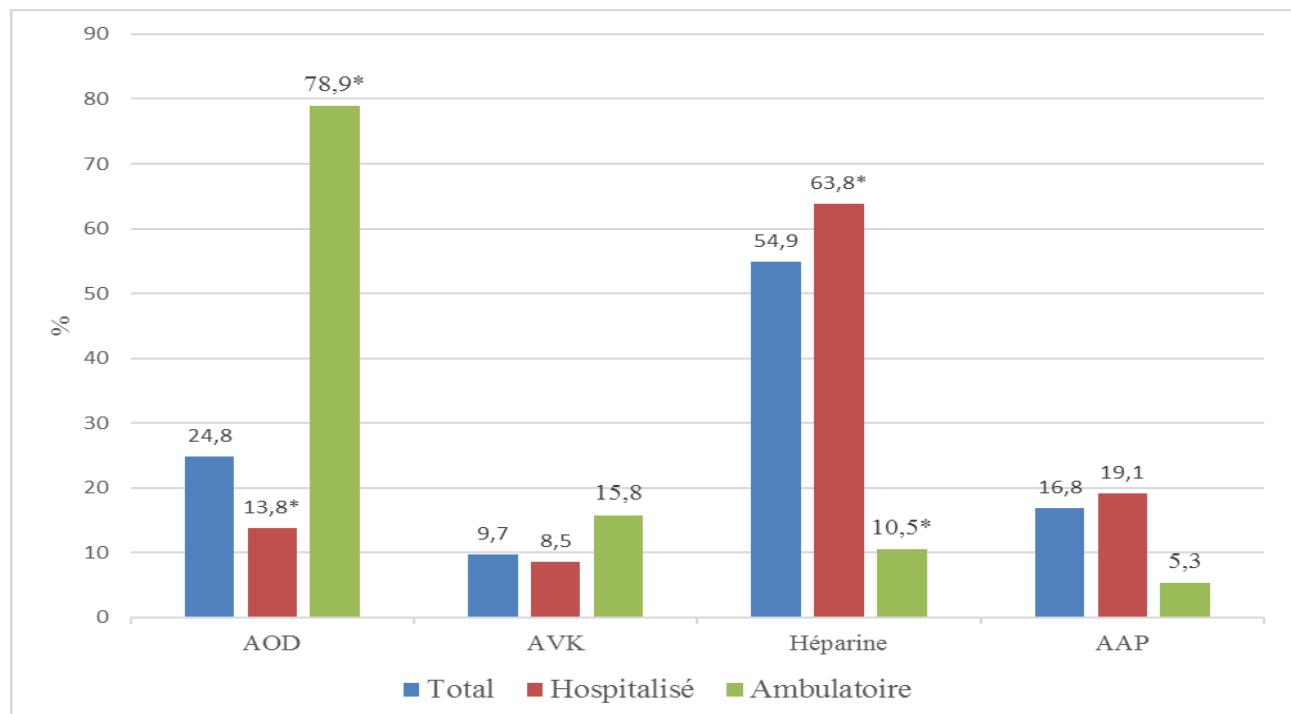
Le traitement le plus fréquemment prescrit était l'héparine (non fractionnée ou de bas poids moléculaire) à dose curative, retrouvée chez 62 patients (54,9% des patients anticoagulés). Les anticoagulants oraux directs (AOD) étaient prescrits chez 28 patients (24,8%) et les anti-vitamines K (AVK) chez 11 patients (9,7%).

Il existait une différence significative entre les deux populations hospitalisée et ambulatoire dans la prescription des AOD avec 15 patients (78,9%) ambulatoires contre 13 (13,8%) en hospitalisation ( $p=0,00$ ).

Une différence significative était également observée pour l'héparine avec 60 patients (63,8%) en hospitalisation contre 2 (10,5%) en ambulatoire ( $p=0,00$ ).

La prescription concomitante d'héparine avec AVK était présente chez 10 patients (16,1% des patients sous héparine).

Les antiagrégants plaquettaires étaient prescrits chez 19 patients (16,8%) dont 6 patients avaient une prescription d'antiagrégants plaquettaires sans anticoagulant associé. Une seule prescription d'antiagrégant était de novo (figure 13).



\* : significativement différent

Figure 13 : Anticoagulation de la FA aux urgences

### **5.1.2. Traitement bradycardisant de la fibrillation atriale aux urgences**

Dans la population totale, 72 patients (63,7%) se sont vus prescrire un traitement bradycardisant. Il n'existait pas de différence significative entre les patients hospitalisés et ambulatoires (figure 14).

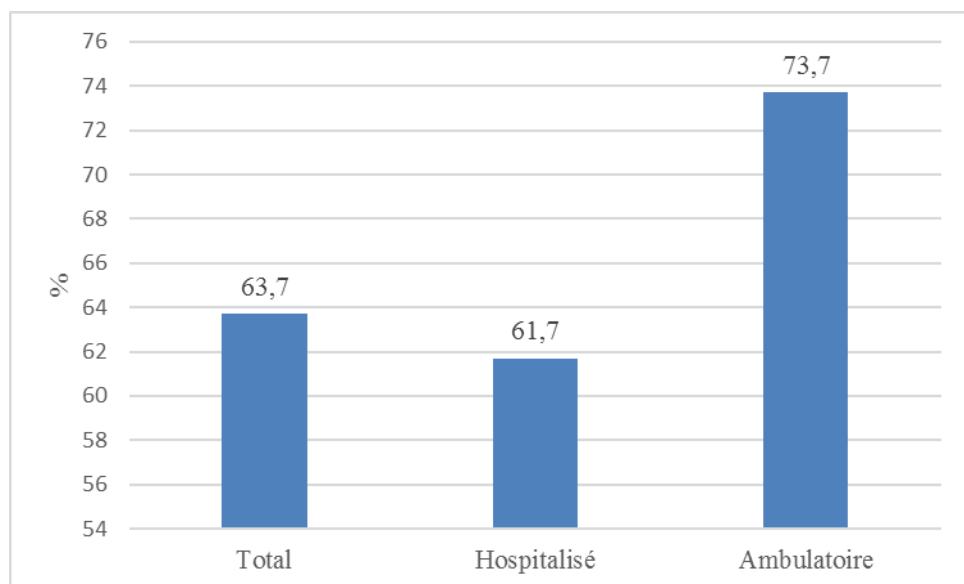
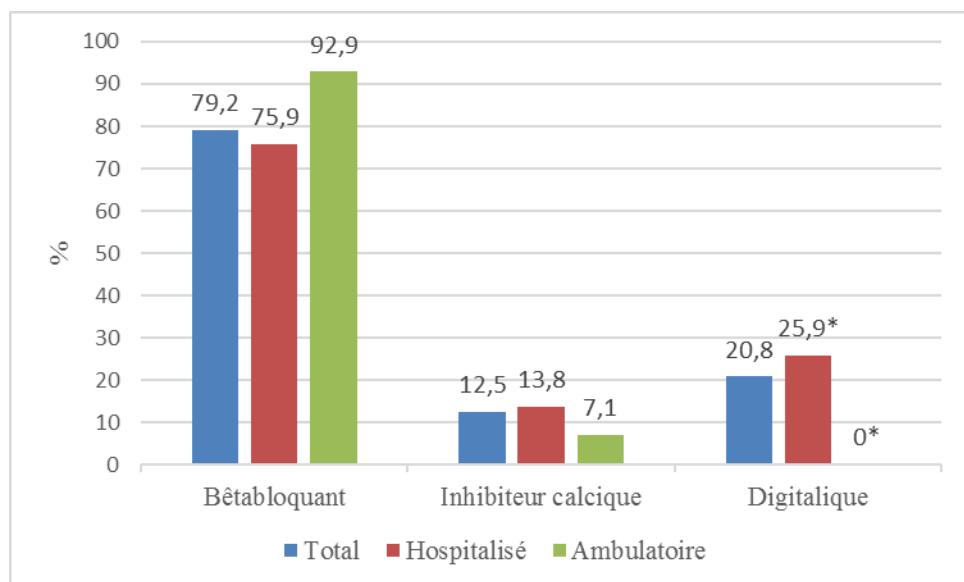


Figure 14 : Proportion de prescription d'un traitement bradycardisant aux urgences

Parmi les patients ayant reçu un traitement bradycardisant : les bêtabloquants étaient prescrits chez 57 patients (79,2%), dont 23 prescriptions de novo (41,8%).

Les digitaliques étaient prescrits chez 15 patients (20,8%), puis les inhibiteurs calciques chez 9 patients (12,5%).

Une différence significative était observée ( $p=0,032$ ) dans le cas des digitaliques, avec une absence de prescription dans la population ambulatoire, contre 25,9% dans la population hospitalisée (figure 15).



\* : significativement différent

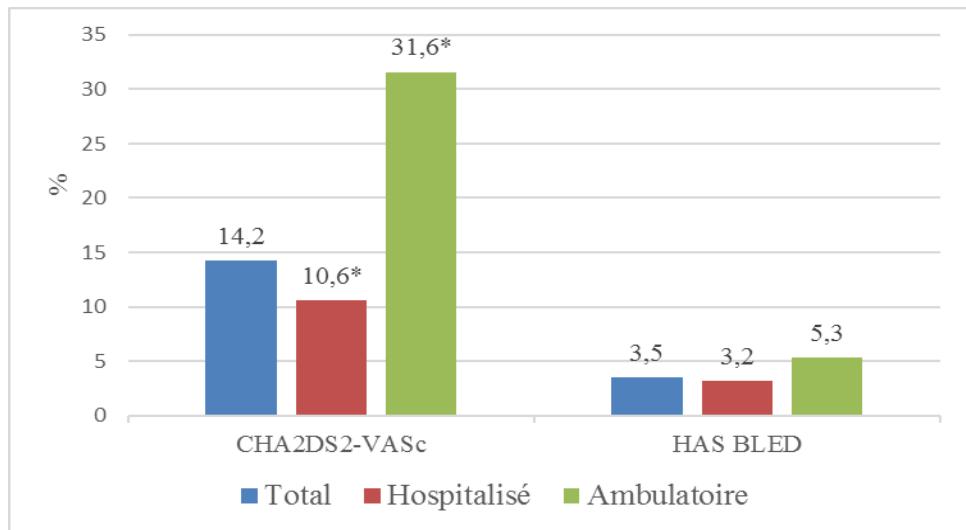
Figure 15 : Modalités du traitement bradycardisant de la FA aux urgences

### 5.1.3. Scores CHA2DS2-VASc et HAS-BLED

Le score CHA2DS2-VASc était retrouvé dans 16 dossiers des urgences (14,2%). Il existait une différence significative ( $p=0,028$ ) entre les populations hospitalisée et ambulatoire avec le score retrouvé dans 10 dossiers (10,6%) de patients hospitalisés et dans 6 dossiers (31,6%) pour les patients ambulatoires.

Le score HAS-BLED était retrouvé dans 4 dossiers des urgences de la population totale (figure 16).

La notion d'éducation thérapeutique n'était retrouvée dans aucun dossier médical et paramédical des urgences chez les 18 patients anticoagulés traités en ambulatoire.



\* : significativement différent

Figure 16 : Traçabilité des scores CHA2DS2-VASc et HAS-BLED aux urgences

#### 5.1.4. Cardioversion de la fibrillation atriale aux urgences

Dans la population, quatre cardioversions ont été réalisées au SAU : trois par cordarone et une par flécaïne. Deux cardioversions ont été effectuées chez des patients sans facteur déclenchant avec un début inférieur à 48 heures, une chez un patient alcoolisé avec un début de moins de 48 heures et une chez un patient hypovolémique avec un début de plus de 48 heures. Tous ces patients ont ensuite été hospitalisés dans un service de médecine.

### 5.2. Prise en charge spécialisée

Sur 94 patients hospitalisés, 64 l'ont été en cardiologie soit 68,1%. La durée moyenne de séjour tous services confondus était de 7,2 jours +/- 4,8. Il était retrouvé mention de la réalisation d'une échographie trans-thoracique chez 42,6% des patients hospitalisés tous services confondus.

Sur les 19 patients pris en charge en ambulatoire, 13 consultations de cardiologie avaient été retrouvées avec un délai moyen 38 jours +/- 21. Pour la réalisation d'une échographie trans-thoracique, 11 comptes-rendus ont été retrouvés avec un délai moyen de 118 jours +/- 109.

## 6. Événements indésirables à un mois du diagnostic de fibrillation atriale

Aucune complication n'a été retrouvée chez les patients ambulatoires à un mois du diagnostic.

La principale complication retrouvée était une nouvelle hospitalisation chez 20% des patients hospitalisés (15 patients) avec pour motif une décompensation cardiaque chez 7 patients (figure 17).

Une hémorragie a été retrouvée, localisée au niveau du muscle psoas, chez un patient sous AVK.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence.

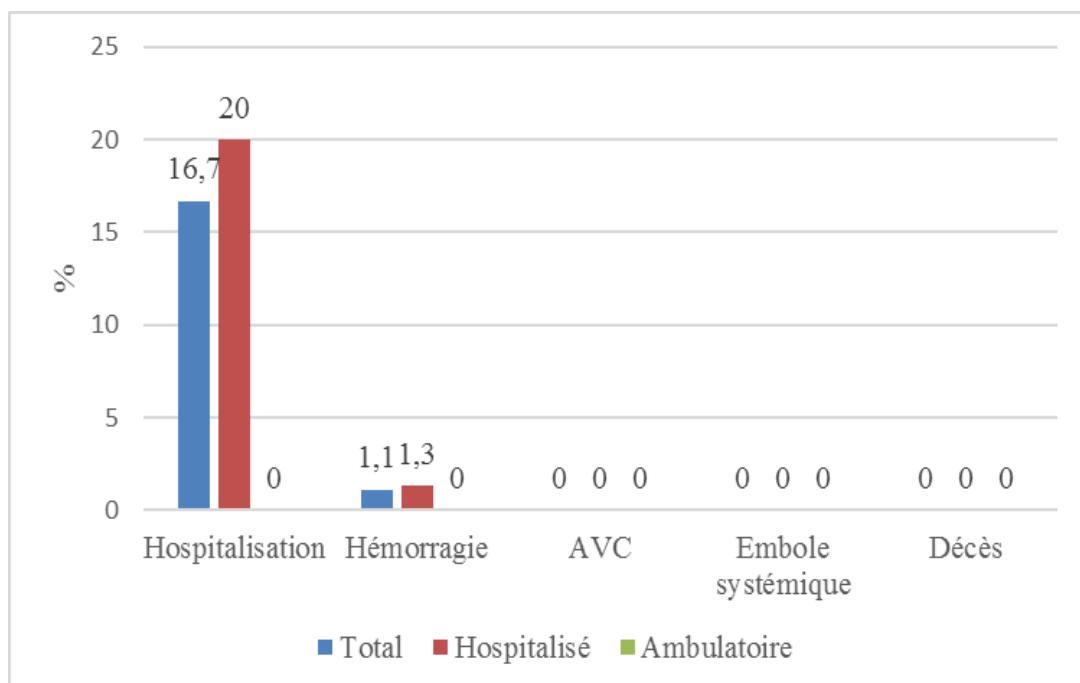


Figure 17 : Événements indésirables à 1 mois post diagnostic

## **DISCUSSION**

### **Résultats**

Cette étude observationnelle fait état de la prise en charge des découvertes de FA aux urgences du centre hospitalier du Mans. En 2014, 17% des découvertes de FA étaient prises en charge en ambulatoire, aux urgences du centre hospitalier du Mans avant même la publication des recommandations de la SFMU de 2015.

Dans cette étude, les patients admis pour un premier épisode de FA sont majoritairement des femmes (55%), âgés en moyenne de 74 ans (+/- 14), présentant dans 95% des cas au moins un facteur de risque cardiovasculaire. Près d'un tiers de la population totale présente au moins une comorbidité, un quart une cardiopathie et un quart des troubles cognitifs.

Le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquemment retrouvé est l'hypertension artérielle dans 70% des cas, en accord avec les données de la littérature (18). La comorbidité la plus fréquente est l'insuffisance rénale chronique chez 17% des patients.

Les facteurs de risque cardiovasculaires et les comorbidités sont observés dans des proportions similaires à d'autres travaux réalisés dans des services d'urgences (18) (19).

Certaines variables comme le mode de vie et l'existence de troubles cognitifs n'étaient que rarement étudiées. Del Arco *et al.* dans une large étude prospective sur 12 départements de médecine d'urgence retrouvaient une notion d'invalidité dans les mêmes niveaux de proportions que les troubles cognitifs dans notre étude (22% de 1178 patients en FA) (19).

La population de cette étude apparaît d'après ses caractéristiques épidémiologiques, comme une population âgée, porteuse de nombreuses pathologies, avec des troubles cognitifs fréquemment retrouvés. De plus le contexte de ce premier épisode de FA est dans près de 25% des cas lié à un facteur déclenchant, pourvoyeur d'hospitalisations.

Les caractéristiques de la population (âge, troubles cognitifs) et la présence d'un facteur déclenchant justifie la forte proportion d'hospitalisations, retrouvée dans 83% des cas.

L'analyse de la prise en charge réalisée aux urgences objective que la majorité des découvertes de FA (86%) sont anticoagulées dès les urgences. Une étude multicentrique prospective de Coll-Vincent B. et al. (2015) retrouve un taux légèrement inférieur à 78,3% de patients anticoagulés (20).

Les patients hospitalisés sont anticoagulés majoritairement par de l'héparine à 63,8%.

En revanche, les patients traités en ambulatoire sont anticoagulés par AOD à 78,9%.

La facilité de mise en œuvre d'un traitement par AOD explique certainement ces résultats.

Ces chiffres reflètent la tendance actuelle. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), une nouvelle anticoagulation sur deux est réalisée par AOD (21).

Le risque thromboembolique semble être prise en compte. Cependant, malgré un fort pourcentage de patients anticoagulés, le score CHA2DS2-VASc n'est tracé que dans 14 % des dossiers et le score HAS-BLED dans 3,5%.

Sur 39 patients antérieurement traités par AAP, 19 patients se sont vus poursuivre cette thérapeutique, dont 13 en association avec au moins un autre anticoagulant. Les dernières recommandations européennes préconisent que ces thérapeutiques soient associées seulement en cas de FA survenant l'année suivant une pose de stent (4). La prescription d'antiagrégants seule n'est pas indiquée dans le cas de la FA devant la plus faible efficacité et le risque hémorragique supérieur comparé aux AVK (13).

Dans notre étude, plus des deux tiers de la population générale a reçu un traitement bradycardisant principalement par bêtabloquant (80%).

Le choix des bêtabloquants peut s'expliquer par une forte prévalence dans le traitement antérieur des patients (32%) contre 23.2% dans certains travaux (18).

Sur les 73 patients ayant une fréquence cardiaque supérieure à 110, 73,6% ont reçu un traitement bradycardisant. Ces chiffres sont similaires à l'étude Del Arco et al. (2005) (19) dans laquelle 68% des patients éligibles à une stratégie de contrôle de la fréquence cardiaque en bénéficiaient.

Il a été mis en évidence 26 patients présentant un début de FA inférieure à 48 heures sans facteur déclenchant (caractéristiques autorisant la cardioversion), dont seulement 2 ont bénéficié d'une cardioversion dans le service d'accueil des urgences. Dans une étude prospective portant sur 1 178 patients en FA pendant leur passage dans différents services d'urgence, Del Arco et al. objectivait que seulement 42% des patients éligibles à une cardioversion en avaient bénéficié, dont 88% par cardioversion pharmacologique et 12% par choc électrique avec des taux de réussite respectifs de 63% et 87,5% (19).

La technique de cardioversion électrique est plus efficace (22) mais nécessite une anesthésie de courte durée et donc un temps médical plus important.

Réaliser les cardioversions de FA récente pourrait être une solution permettant une amélioration de l'efficience économique, du confort du patient sans augmentation de risque pour sa santé. Une étude d'impact économique sur l'instauration d'un protocole de cardioversion retrouvait une dépense médiane de 5 460 dollars pour les patients cardiovertis et rentrés à domicile contre 23 202 dollars pour les patients sans tentative de cardioversion et hospitalisés (23).

L'instauration d'un protocole aux urgences, incluant cette possibilité thérapeutique, pourrait augmenter le nombre de cardioversions de FA de moins de 48 heures. En effet, dans cette étude, 6 patients traités en ambulatoire avaient un début de moins de 48 heures et auraient peut-être pu bénéficier d'une cardioversion.

La notion d'éducation thérapeutique n'est jamais retrouvée dans les dossiers de prise en charge ambulatoire. Les recommandations de la SFMU 2015 insistent sur ce point : « *avoir donné au patient les documents utiles pour sa prise en charge ambulatoire* ».

Dans la population traitée en ambulatoire, aucun évènement indésirable n'a été retrouvé sur dossier à un mois du diagnostic. Ce résultat est un argument favorable à la mise en place d'une filière ambulatoire et est en faveur d'un parcours de soins sécurisé pour le patient. Les délais de consultation en cardiologie, pour les patients ambulatoires, étaient de 38 jours +/- 21 et de 118 jours +/- 109 pour la réalisation d'une échographie cardiaque. Il n'y a pas de délai reconnu dans les recommandations de la SFMU de 2015. En revanche, 118 jours de délai moyen pour la réalisation d'une échographie cardiaque semble être un délai long, car la découverte d'une cardiopathie modifierait la prise en charge. La création d'une filière de soins dédiée à la prise en charge ambulatoire des FA est un objectif à court terme. Elle permettrait à la fois de réévaluer la tolérance des thérapeutiques initiées, renouveler l'éducation thérapeutique dans un cadre plus adapté et fluidifier le parcours de soins en diminuant les délais.

## Forces

Très peu d'études se sont intéressées seulement aux découvertes de FA dans les services d'urgences.

La période actuelle est une période de transition thérapeutique avec de nouvelles modalités d'anticoagulation. Cet état des lieux durant cette période est important pour suivre cette évolution et appliquer les dernières recommandations au travers de protocoles.

Cette étude a été réalisée sur une durée d'un an, durée suffisante pour constituer un échantillon important, permettant la réalisation de statistiques significatives.

Les variables collectées sont celles retrouvées dans la littérature et les recommandations nationales et européennes associées à d'autres données plus rares afin d'évaluer l'état général du patient de manière plus globale (mode de vie, cognition).

La population semble comparable à celle étudiée dans des travaux de plus grande ampleur sur ce sujet. En effet, de nombreuses variables sont retrouvées dans des proportions similaires.

Ce travail présente une description détaillée de la population atteinte de FA. Le détail de la prise en charge permet d'envisager des pistes d'amélioration des pratiques.

## Limites

Un biais de sélection existe et est principalement secondaire au recrutement de la population par diagnostic CIM-10 « I48 » qui a sous diagnostiqué la proportion de découvertes de FA. D'autres diagnostics ont pu être codés comme : palpitations R002, dyspnée R060, douleur thoracique R074, insuffisance cardiaque congestive I500 ou choc cardiogénique R570. De plus, la FA pouvait être un diagnostic associé.

De ce fait, notre population totale de 113 patients représentait 0,2% des passages aux urgences en 2014. Ce chiffre est inférieur à l'étude de Del Arco portant sur 66146 passages aux urgences avec 284 découvertes de FA qui représentaient 0.4% de la totalité des passages.

Le recueil des évènements indésirables a été effectué sur dossier et pouvait constituer un biais de mesure, en cas de survenue à domicile ou dans une autre structure ceux-ci n'ont pas pu être diagnostiqués. De plus les évènements pris en compte devaient avoir eu lieu dans le mois suivant le diagnostic, période pouvant être considérée comme trop courte pour apprécier le risque thromboembolique et hémorragique).

L'étude étant monocentrique, les observations et recommandations ne sont applicables qu'à cette seule structure.

Ces résultats amènent à insister sur plusieurs points dans la rédaction d'un futur protocole de prise en charge.

La réflexion vis-à-vis de l'anticoagulation du patient se justifie par le calcul des scores CHA2DS2-VASc et HAS-BLED. Ces différents scores pourront être intégrés dans le protocole.

La cardioversion est une option thérapeutique pouvant être incluse dans le protocole pour les FA de moins de 48 heures sans facteur déclenchant.

Il conviendra d'accompagner la mise en place d'un protocole par une information écrite sur les différents traitements introduits et la pathologie à remettre au patient. Une lettre de liaison pour le médecin traitant sera également indispensable à la bonne continuité des soins.

Ces différentes propositions devront être évaluées par une étude prospective suivant la mise en place de ce protocole et de cette filière de soins qui pourrait s'intégrer dans l'appel à projet de la SFMU pour 2017.

## CONCLUSION

17% des découvertes de FA sont prises en charge en ambulatoire en 2014 avant publication des recommandations SFMU de 2015. Ce pourcentage s'inscrit dans un contexte de pathologie touchant essentiellement les personnes âgées avec des comorbidités associées pouvant être un frein à l'augmentation de la proportion de prise en charge en ambulatoire.

L'étude de la prise en charge médicale objective qu'une large proportion des découvertes de FA sont anticoagulées et ralenties dès les urgences. Les scores de prise en compte du risque thromboembolique et hémorragique semblent insuffisamment consignés dans les dossiers. Les AOD trouvent leur place notamment dans l'instauration d'une anticoagulation en ambulatoire avec un manque d'information relatif à cette thérapeutique.

Les données recueillies suggèrent que trop peu de cardioversions sont réalisées au SAU et qu'un certain nombre de patients éligibles n'ont pas reçu de cardioversion précoce.

Cette étude va permettre d'orienter la rédaction d'un protocole de prise en charge des découvertes de FA associé à la mise en place d'une filière de consultations en cardiologie afin d'optimiser et de sécuriser le traitement ambulatoire. Une étude prospective est souhaitable pour suivre l'évolution de la prise en charge des découvertes de FA.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *Circulation.* 2006 Aug 15;114(7):e257–354;
2. Membres de la commission des référentiels de la SFMU, Taboulet P, Duchenne J, Lefort H, Zanker C, Jabre P, et al. Prise en charge de la fibrillation atriale en médecine d'urgence. Recommandations de la société française de médecine d'urgence en partenariat avec la société française de cardiologie. *Annales françaises de médecine d'urgence.* 2015 Sep;5(4):260–79;
3. Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clin Epidemiol.* 2014;6:213–20;
4. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESCEndorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *Europace.* 2016 Aug 27;
5. Cohen A, Dallongeville J, Durand-Zaleski I, Bouée S, Le Heuzey J-Y, EPHA Investigators. Characteristics and management of outpatients with history of or current atrial fibrillation: the observational French EPHA study. *Arch Cardiovasc Dis.* 2010 Jul;103(6–7):376–87;
6. Wilke T, Groth A, Mueller S, Pfannkuche M, Verheyen F, Linder R, et al. Incidence and prevalence of atrial fibrillation: an analysis based on 8.3 million patients. *Europace.* 2013 Apr;15(4):486–93;
7. Charlemagne A, Blacher J, Cohen A, Collet J-P, Diévert F, de Groote P, et al. Epidemiology of atrial fibrillation in France: Extrapolation of international epidemiological data to France and analysis of French hospitalization data. *Archives of Cardiovascular Diseases.* 2011 Feb;104(2):115–24;
8. Schnabel RB, Yin X, PhilimonGona, Larson MG, Beiser AS, McManus DD, et al. Fifty-Year Trends in Atrial Fibrillation Prevalence, Incidence, Risk Factors, and Mortality in the Community. *Lancet.* 2015 Jul 11;386(9989):154–62;
9. Fitzmaurice DA, Hobbs FDR, Jowett S, Mant J, Murray ET, Holder R, et al. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2007 Aug 25;335(7616):383;
10. Atzema CL, Austin PC, Miller E, Chong AS, Yun L, Dorian P. A population-based description of atrial fibrillation in the emergency department, 2002 to 2010. *Ann Emerg Med.* 2013 Dec;62(6):570–577.e7;

11. McDonald AJ, Pelletier AJ, Ellinor PT, Camargo CA. Increasing US emergency department visit rates and subsequent hospital admissions for atrial fibrillation from 1993 to 2004. *Ann Emerg Med.* 2008 Jan;51(1):58–65;
12. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJV. A population-based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. *Am J Med.* 2002 Oct 1;113(5):359–64;
13. Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation--developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Europace.* 2012 Oct;14(10):1385–413;
14. Dorian P, Jung W, Newman D, Paquette M, Wood K, Ayers GM, et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *J Am Coll Cardiol.* 2000 Oct;36(4):1303–9;
15. Le Heuzey J-Y, Paziaud O, Piot O, Ait Said M, Copie X, Lavergne T, et al. Cost of care distribution in atrial fibrillation patients: the COCAF study. *American Heart Journal.* 2004 Jan;147(1):121–6;
16. Haute Autorité de Santé - Guide parcours de soins Fibrillation atriale [Internet]. [cited 2016 Aug 14]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1741768/fr/guide-parcours-de-soins-fibrillation-atriale](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741768/fr/guide-parcours-de-soins-fibrillation-atriale);
17. Giménez-García E, Clua-Espuny JL, Bosch-Príncep R, López-Pablo C, Lechuga-Durán I, Gallofré-López M, et al. [The management of atrial fibrillation and characteristics of its current care in outpatients. AFABE observational study]. *Aten Primaria.* 2014 Feb;46(2):58–67;
18. Buccelletti F, Di Somma S, Iacomini P, Galante A, Pugliese F, Alegiani F, et al. Assessment of baseline characteristics and risk factors among Emergency Department patients presenting with recent onset atrial fibrillation: a retrospective cohort study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013 Feb;17 Suppl 1:22–7;
19. del Arco C, Martín A, Laguna P, Gargantilla P. Analysis of Current Management of Atrial Fibrillation in the Acute Setting: GEFAUR-1 Study. *Annals of Emergency Medicine.* 2005 Nov;46(5):424–30;
20. Coll-Vinent B, Martín A, Malagón F, Suero C, Sánchez J, Varona M, et al. Stroke prophylaxis in atrial fibrillation: searching for management improvement opportunities in the emergency department: the HERMES-AF study. *Ann Emerg Med.* 2015 Jan;65(1):1–12;
21. "Les anticoagulants en France en 2014: état des lieux, synthèse et surveillance", avril 2014, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé;

22. Bellone A, Etteri M, Vettorello M, Bonetti C, Clerici D, Gini G, et al. Cardioversion of acute atrial fibrillation in the emergency department: a prospective randomised trial. *Emerg Med J.* 2012 Mar;29(3):188–91;
23. Sacchetti A, Williams J, Levi S, Akula D. Impact of Emergency Department Management of Atrial Fibrillation on Hospital Charges. *West J Emerg Med.* 2013 Feb;14(1):55–7.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 .....	11
Figure 2 .....	12
Figure 3 .....	13
Figure 4 .....	14
Figure 5 .....	15
Figure 6 .....	16
Figure 7 .....	17
Figure 8 .....	17
Figure 9 .....	18
Figure 10 .....	19
Figure 11 .....	19
Figure 12 .....	20
Figure 13 .....	21
Figure 14 .....	22
Figure 15 .....	23
Figure 16 .....	24
Figure 17 .....	25

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>7</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>11</b>
1. <b>Inclusions .....</b>	<b>11</b>
2. <b>Type de prise en charge des découvertes de fibrillation atriale .....</b>	<b>12</b>
3. <b>Description de la population .....</b>	<b>13</b>
4. <b>Description de la fibrillation atriale .....</b>	<b>17</b>
5. <b>Description de la prise en charge médicale .....</b>	<b>20</b>
6. <b>Evènements indésirables à un mois du diagnostic de fibrillation atriale ....</b>	<b>25</b>
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>33</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>36</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>37</b>



## État des lieux de la prise en charge des découvertes de fibrillation atriale aux urgences adultes du Mans en 2014

### RÉSUMÉ

**Introduction** – La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme cardiaque le plus fréquent dans la population générale et dans les services d'urgences. Elle constitue un véritable enjeu de santé publique de par ses conséquences sur le plan socio-économique et sur la morbi-mortalité des patients. L'objectif de cette étude est d'étudier le nombre de découvertes de FA prises en charge en ambulatoire sur l'année 2014 aux urgences du Mans et caractériser la population atteinte de cette pathologie.

**Matériel et méthodes** – Étude rétrospective, observationnelle, monocentrique, réalisée entre janvier et décembre 2014. Un recueil a été réalisé afin de quantifier la proportion de découvertes de FA prises en charge en ambulatoire, décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients admis pour une découverte de FA, les caractéristiques cliniques de la FA, la prise en charge effectuée aux urgences et de recueillir les événements indésirables à un mois du diagnostic.

**Résultats** – 113 patients ayant eu un premier épisode de FA aux urgences ont été inclus. 16,8% (19 patients) des patients ont été pris en charge en ambulatoire. 85,8% (97 patients) des patients ont reçu une anticoagulation aux urgences et 63,7% (72 patients) se sont vus prescrire un traitement bradycardisant. Le score CHA2DS2-VASc était calculé dans 14,2% des dossiers (16 dossiers) et le score HAS-BLED dans 3,5% des dossiers (4 dossiers). Quatre cardioversions ont été réalisées aux urgences. La notion d'éducation thérapeutique n'a été retrouvée dans aucun dossier des urgences. Aucun évènement indésirable n'a été observé dans la population traitée en ambulatoire à un mois du diagnostic.

**Conclusion** – 16,8% des FA découvertes aux urgences du Mans en 2014 ont été prises en charge en ambulatoire.

**Mots-clés :** Fibrillation atriale, Urgences, Ambulatoire

### Management of new onset atrial fibrillation in the emergency department of Le Mans in 2014.

### ABSTRACT

**Study objective** - Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia in the general population and in emergency departments. The socio-economic consequences and the morbidity and mortality of this disorder are a real public health burden. We assessed the number of new onset AF patients treated as outpatients in the year 2014 in the emergency department of Le Mans and described this patient population and medical care in that setting.

**Methods** – We performed a monocentric, retrospective, observational study between January and December 2014. Epidemiologic and medical care data were collected to number new onset AF cases treated as outpatients, list relevant coexisting disease, observe clinical characteristics of AF, describe medical care and adverse events at one month of diagnosis.

**Results** – We identified 113 patients with a first episode of AF in the emergency department. 16,8% (19 patients) were treated as outpatients. 85,8% (97 patients) received anticoagulation in the emergency room and 63,7% (72 patients) were prescribed bradycardic treatment. The CHA2DS2-VASc score was calculated in 14,2% of the cases (16 cases) and the HAS-BLED score in 3,5% of the cases (4 cases). Four cardioversions were performed at the emergency room. No therapeutic education was started in any emergency case. No adverse events were observed in the outpatient population at one month of diagnosis.

**Conclusion** – 16,8% of new onset AF discovered in the emergency department of Le Mans were treated as outpatients.

**Keywords:** Atrial fibrillation, Emergency department, Outpatient.