

## NEWSLETTER GROUPE RYTHMOLOGIE SFC

Chers Amis,

Vous trouverez dans cette nouvelle Newsletter un flash actualités rythmologiques ESC et une information sur un nouveau certificat d'étude supérieur universitaire (CESU) syncope organisé à Marseille dès la rentrée. Inscriptions encore possibles.

Bonne lecture!

*Serge Boveda*

### Actualité ESC

***Les recommandations sur la gestion des tachycardies supraventriculaires de 2003 ont été mise à jour : [Téléchargez le fichier SVT ESC guideline 2019](#)***

#### ***Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation with Stable Coronary Disease (AFIRE)***

Dans un essai multicentrique ouvert mené au Japon, 2236 patients atteints de fibrillation atriale et ayant subi une angioplastie ou un pontage aorto-coronaire plus d'un an auparavant, ou ayant une coronaropathie confirmée par angiographie et ne nécessitant pas de revascularisation, ont été randomisés entre monothérapie par le Rivaroxaban ou une association de Rivaroxaban et d'un seul antiagrégant antiplaquettaire. Le critère principal d'efficacité (analysé en non infériorité) était un composite d'accident vasculaire cérébral, embolie systémique, infarctus du myocarde, angor instable nécessitant une revascularisation, ou décès toute cause. Le critère principal de sécurité (analysé en supériorité) était la survenue d'hémorragie majeure selon les critères ISTH.

L'essai a été arrêté prématurément en raison d'une augmentation de mortalité dans le groupe recevant la bithérapie, au terme d'un suivi de 2 ans. L'âge moyen des patients était de 74 ans, avec 79% d'hommes et une clearance de la créatinine > 50 ml/mn chez 66% des patients. Dans le groupe bithérapie, l'aspirine était utilisée dans 70,2% des cas et le plus souvent le Clopidogrel dans les autres cas. La monothérapie par Rivaroxaban n'est pas inférieure pour le critère principal d'efficacité, avec des taux d'événements de 4,14% et 5,75% par patient-année, respectivement (HR, 0,72; IC à 95% , 0,55 à 0,95; P <0,001 pour la non infériorité). La monothérapie par Rivaroxaban est supérieure à la bithérapie pour le critère principal de sécurité, avec des taux d'événements de 1,62% et 2,76% par année-patient, respectivement (HR 0,59; IC à 95%, 0,39 à 0,89; P = 0,01 pour la supériorité).

Cette étude, très encourageante et en accord avec les recommandations actuelles de monothérapie par un AOD à 1 an d'un événement coronaire, présente cependant quelques limites : la posologie de rivaroxaban était celle approuvée au Japon, c'est à dire 15 mg ou



10 mg en cas de critère de réduction de dose ; le nombre de patients reste limité ; l'étude était ouverte. Tout ceci donnera tout son intérêt à l'essai multicentrique français AQUATIC qui va débiter et devrait ne pas connaître ces limites.

*Etude présentée à Paris ce lundi par Satoshi Yasuda, et publiée en même temps dans le New England Journal of Medicine.*

**Étude ATTEST : l'ablation par cathéter permet-elle de ralentir la progression de la FA paroxystique vers la FA permanente ?**

La FA paroxystique peut évoluer vers une FA persistante. Le taux de succès de l'ablation est moindre sur la FA persistante que sur la FA paroxystique.

L'objectif de cette étude était d'évaluer si l'ablation par radiofréquence peut ralentir la progression d'une FA paroxystique vers une FA persistante versus traitement médical (contrôle du rythme ou de la FC). Critères d'inclusion : > 60 ans, FA paroxystique  $\geq$  2 ans ( $\geq$  2 épisodes dans les 6 derniers mois), en échec de traitement antiarythmique avec un score HATCH 1-4.

Objectif primaire : taux d'évolution en FA persistante (> 7 jours consécutifs ou nécessitant une cardioversion après 48 heures) à 3 ans. 255 patients ont été inclus (128 dans le bras ablation, 127 dans le bras traitement médical), 15 patients (12,2 %) sont passés du bras traitement médical au bras ablation.

Résultat :

À 3 ans, 46 (ablation) et 52 (traitement médical) patients étaient évaluable.

Le taux de FA persistante chez les patients du bras ablation était significativement plus faible. (HR = 0,114) – comparativement à ceux du bras traitement médical.

Indépendamment du traitement reçu, le risque de progression est multiplié par 4 chez les patients âgés  $\geq$  65 ans versus < 65 ans.

Conclusion : s'ils étaient confirmés par d'autres travaux, ces résultats pourraient être à l'origine d'une nouvelle indication d'ablation des FA paroxystiques.

*Late Breaking Science in Atrial Fibrillation. Kuck KH et al.*

## Enseignement

**Pour la rentrée 2019, l'université Aix-Marseille propose un nouveau Certificat d'Études Supérieures Universitaires sur la thématique des syncopes.**

[En savoir plus sur le CESU](#)