

LA CARADIOVERSION CHIMIQUE

Procainamide IV

15-17mg/Kg

Hypotension

Contexte URGENCE

Propafenone

450-600mg PO

Hypotension,
bradycardie et risque
de flutter avec
conduction AV 1:1

Contexte à domicile :
PILL IN THE
POCKET

Flecainide

300-400mg

Hypotension,
bradycardie et risque
de flutter avec
conduction AV 1:1

Contexte à domicile :
PILL IN THE
POCKET

IC -FLECAINIDE ET PROPAFENONE-

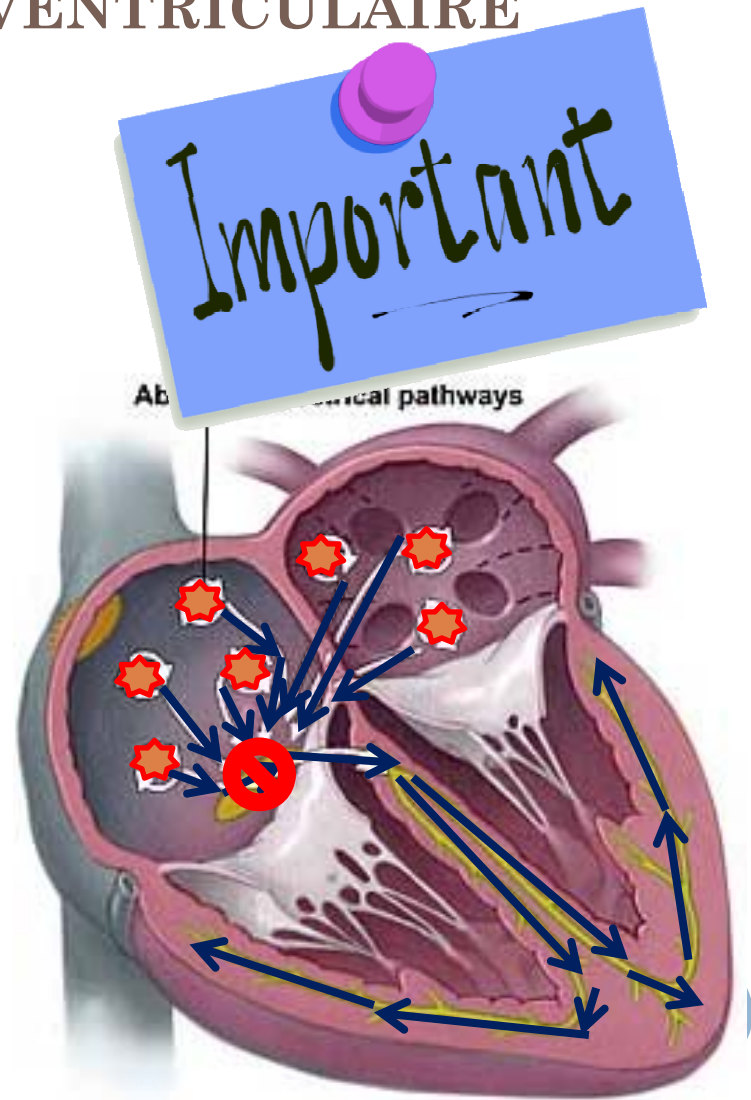
	Flecainide	Propafenone
MA	Stabilisateurs membranes et aug seuil d'excitabilité cellulaire	
Dose	100-200 mg po BID	150-300 mg po TID
CI	IM, ICC, IR sévère	IM, ICC
EI	Elargissement QRS → arythmies ventriculaires Insuffisance cardiaque décompensée Conversion de FA en flutter auriculaire avec conduction du noeud AV 1:1	

III : SOTALOL, AMIODARONE, DRONEDARONE

	Sotalol	Amiodarone	Dronedarone
MA	Inh sympathique via effet bêtabloqueurs Aug période réfractaire via effets canaux K	Classe I-II-III et IV Stabilisateurs membranes et aug seuil d'excitabilité cellulaire	Classe I-II-III et IV Stabilisateurs membranes et aug seuil d'excitabilité cellulaire
Dose	80-160 mg po BID	10 g PO loading et maintient 800-1200 mg / jr ad 10g puis 200 mg die	400mg po BID
CI	Risque TdP Trb électrolytique (IR sévère, diurétique, hypoK, hypoMg) Anomalie structurelle cardiaque (ICC, Maladie avec QT prolongé, bloc nœud AV)	Neutre chez pt MCAS (IM), hypertrophie cardiaque, ICC sévère Prolongement thérapeutique QTc et faible risque TdP	Aug mortalité en ICC sévère et FA permanent Faible prolongement QTc et faible risque TdP, IR, Qt prolongé, bloc AV
EI	Torsade de pointe (TdP) ad 4% dans les premiers 7 jrs, ICC, bradycardie, exacerbation MPOC	Tremblements, dépôts cornéens, trb thyroïde, pb hépatique, fibrose pulmonaire	Troubles GI, NoVo, diarrhée, dyspepsie, douleurs abs, bradycardie élévation créatinine (18%)

CARDIOVERSION CHIMIQUE JAMAIS SANS MON CONTRÔLE RÉPONSE VENTRICULAIRE

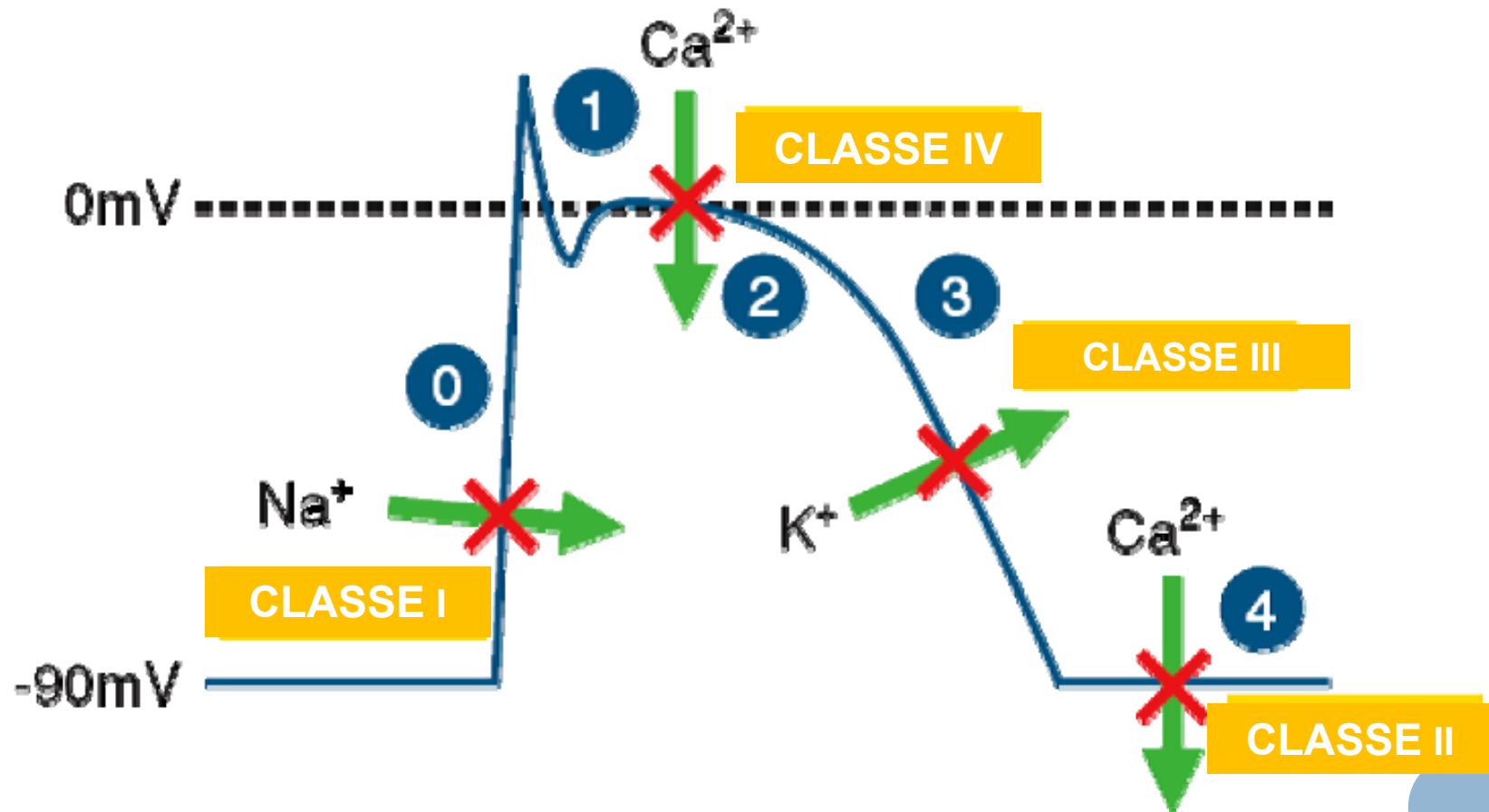
- Pire scénario
 - Passage FA à flutter
 - Anti-arythmique cause retrait de la fonction du nœud AV
 - Ne fait plus de conduction 4:1 ou 3:1 ou 2:1
 - Juste 1:1
 - Accélération réponse ventriculaire = oreillette
- **TOUJOURS** avoir un blocage pharmacologique du nœud AV avant



CLASSE DE VAUGHAN- WILLIAMS

	Canaux bloqués	Phase du potentiel d'action	Exemple d'agents	En Français
I (incluant IA, IB et IC)	sodiques (Na)	0	flécaïnide, propafénone	Stabilisateurs membranes / Aug seuil d'excitabilité
II	récepteurs bêta-adrénergiques	4	bêtabloquants	Réduction de la FC
III	potassiques (K)	3	Sotalol Amiodarone dronedarone dofétilide	Aug période réfractaire
IV	calciques (Ca)	2	diltiazem vérapamil	Réduction de la FC

CLASSE DE VAUGHAN- WILLIAMS

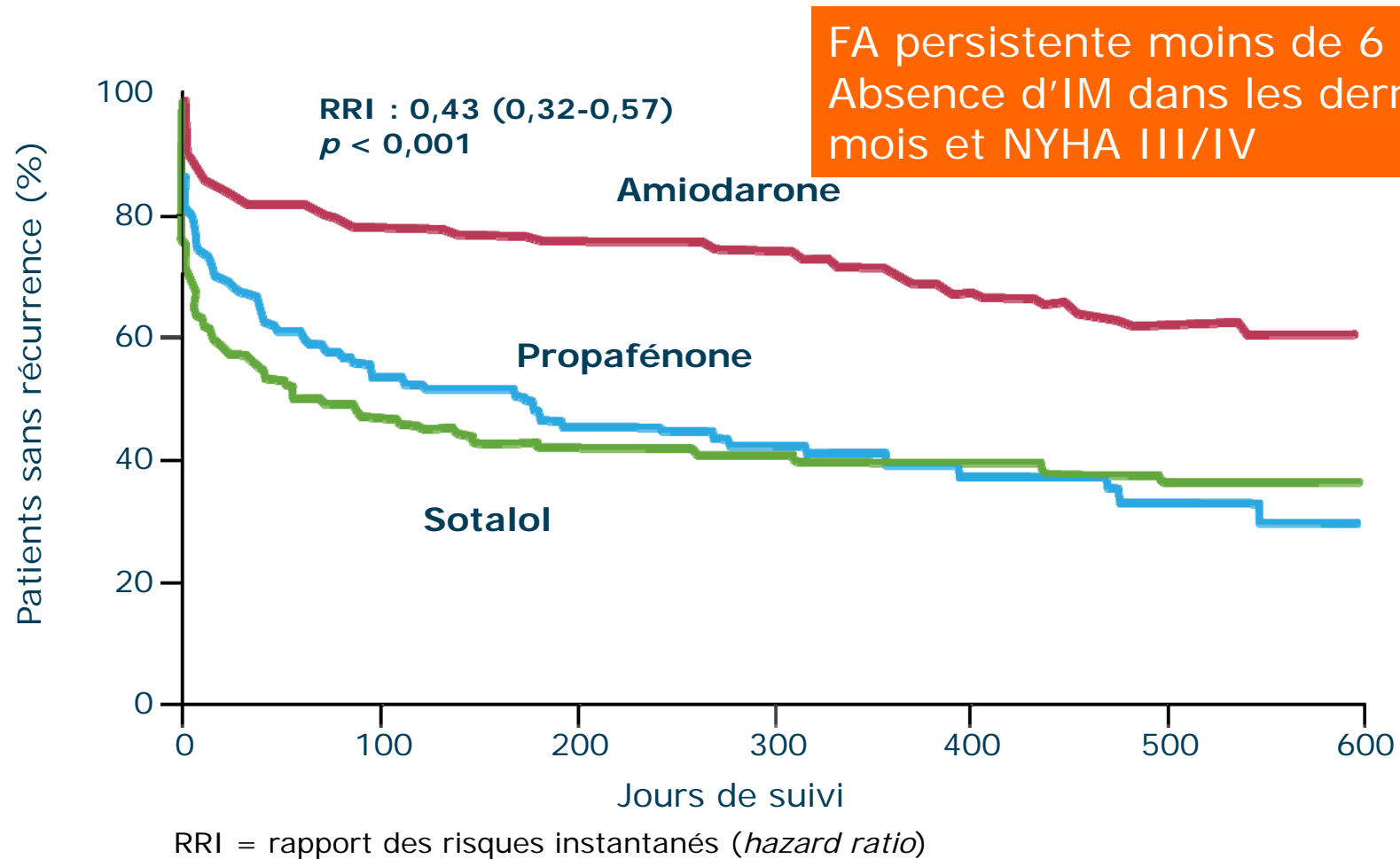


CLASSE DE VAUGHAN- WILLIAMS

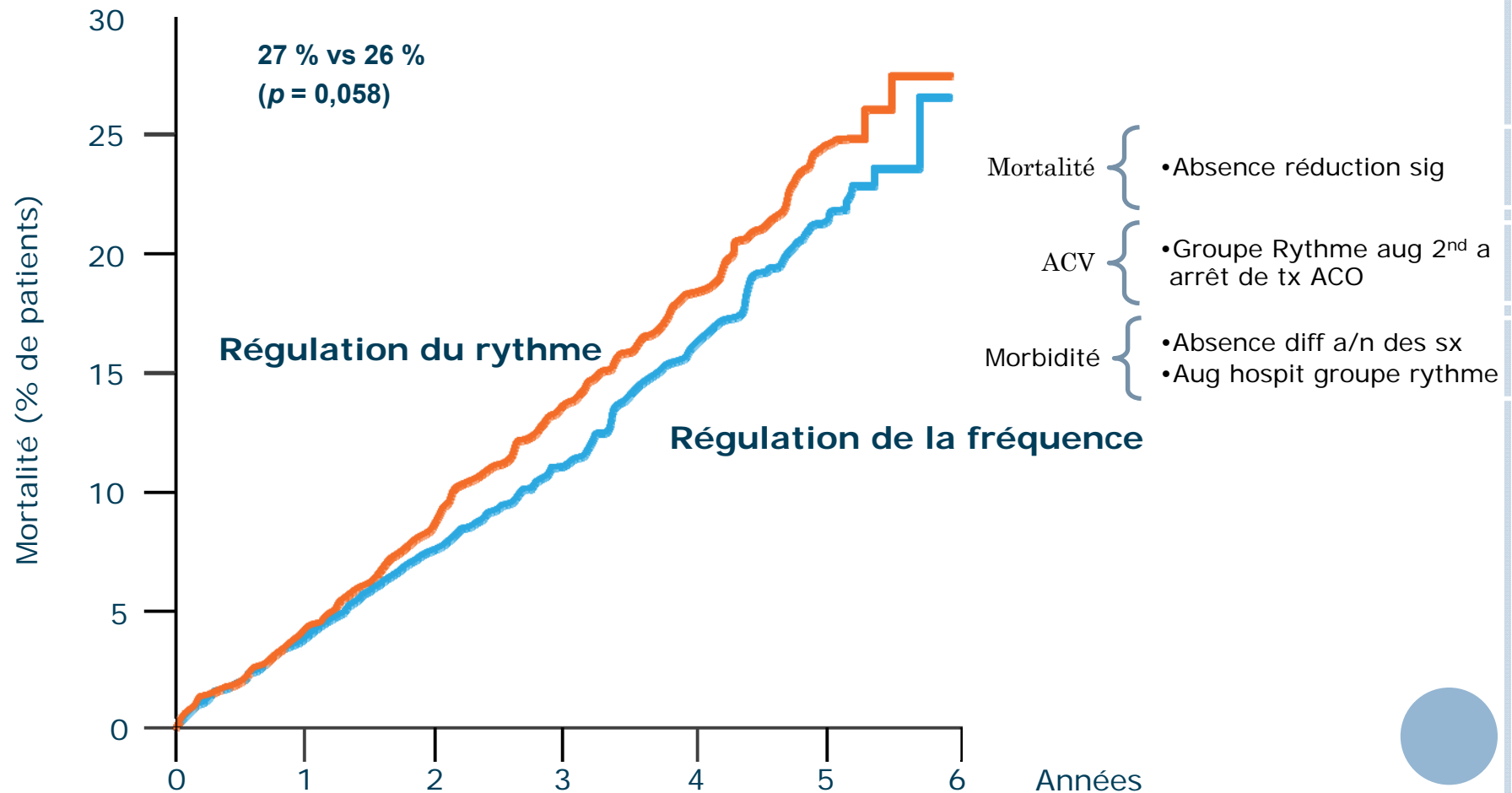
ANTI-ARYTHMIQUE POUR LA FA

Classe	Nom des agents	Efficacité de maintient en rythme sinusal après 1 an
	Wishful thinking	25%
Ic	Flecainide	30-50%
Ic	Propafenone	30-50%
III	Sotalol	30-50%
III	Dronedarone	40%
III	Amiodarone	60-70%

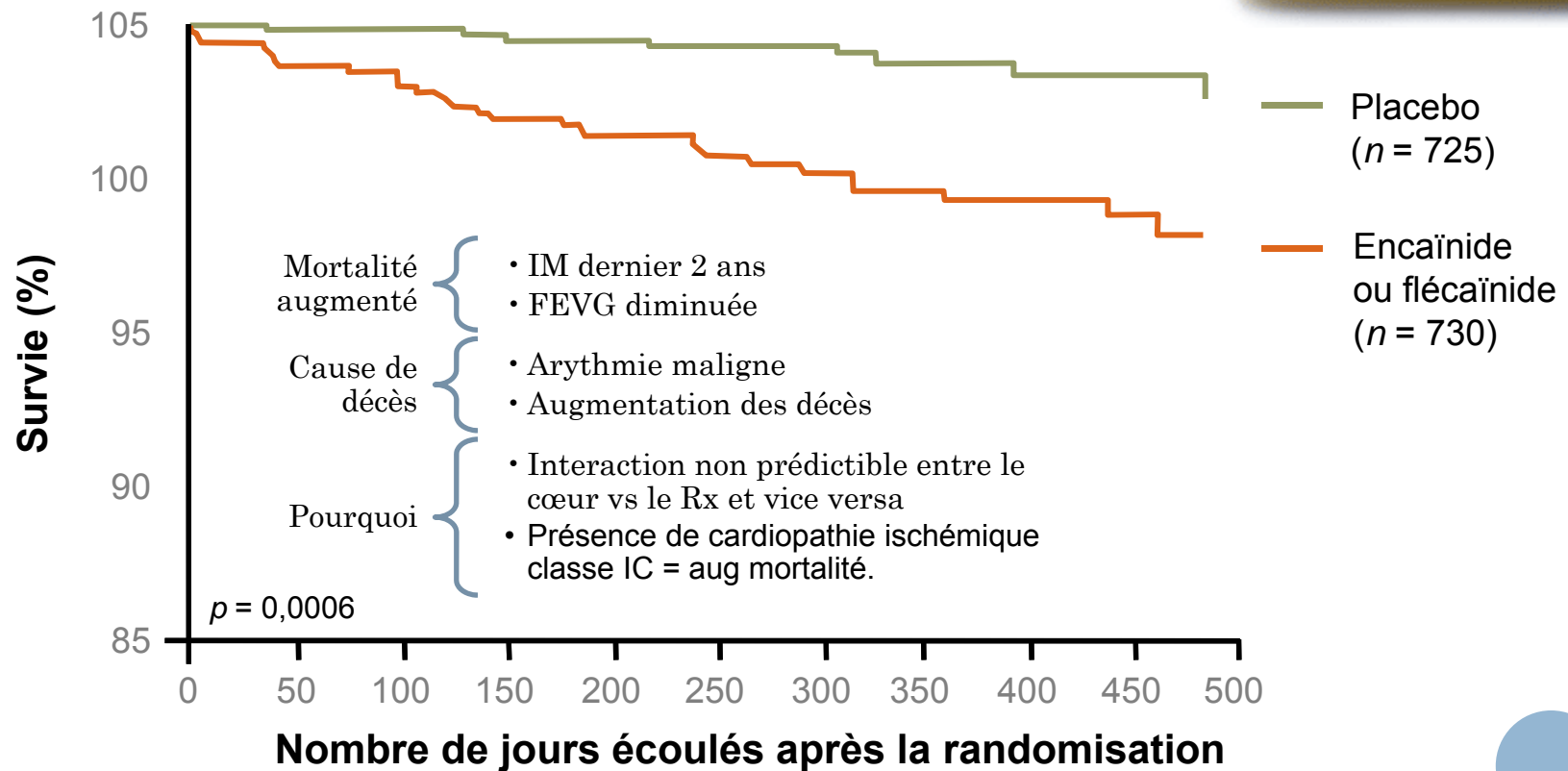
CTAF : 1ERE RÉCURRENCE DE FA



AFFIRM : RATE VS RHYTHM CONTROL



CAST (CARDIAC ARRHYTHMIA SUPPRESSION TRIAL)



ALGORITHME DE TRAITEMENT CAN J CARD 2012

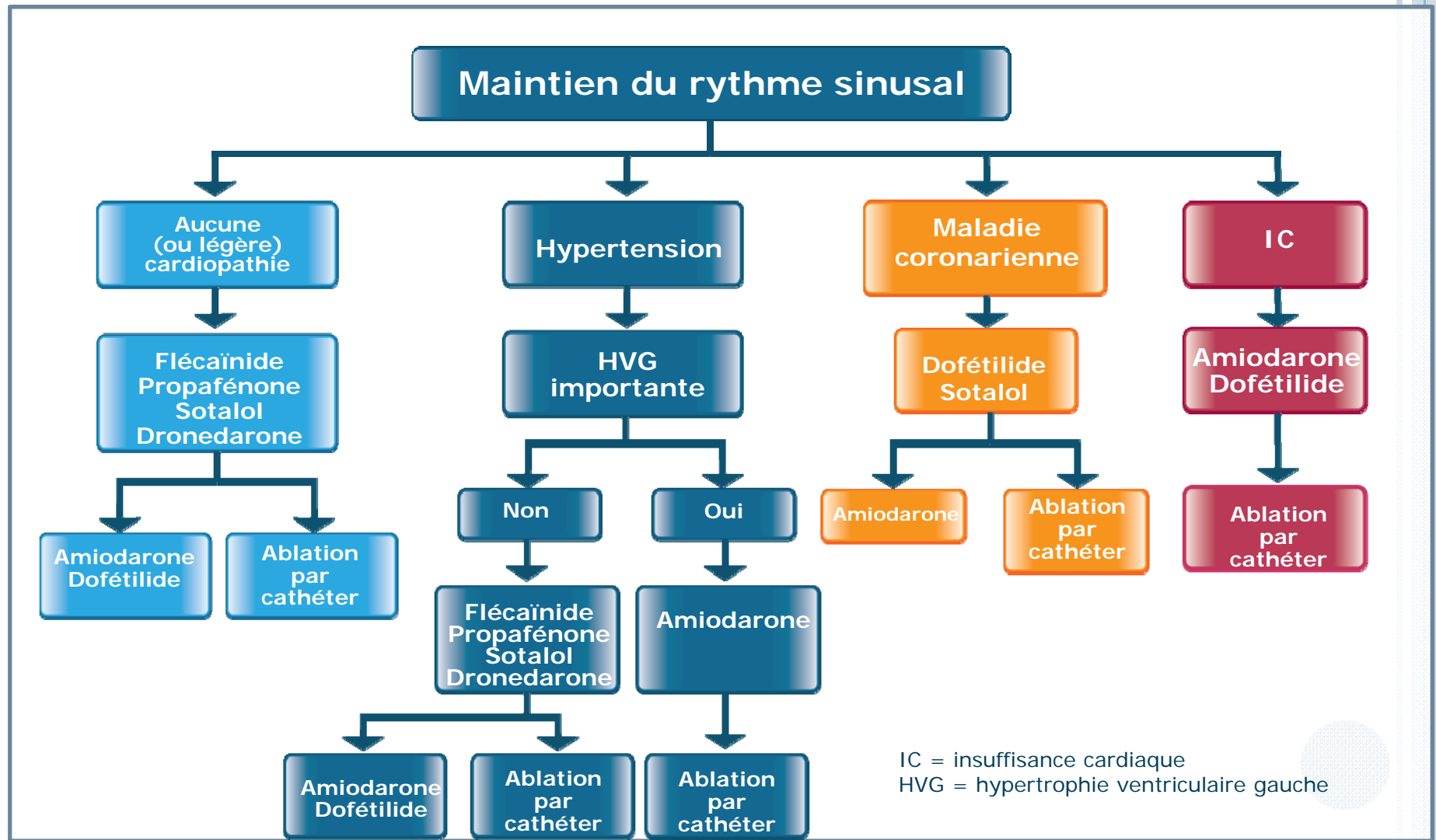
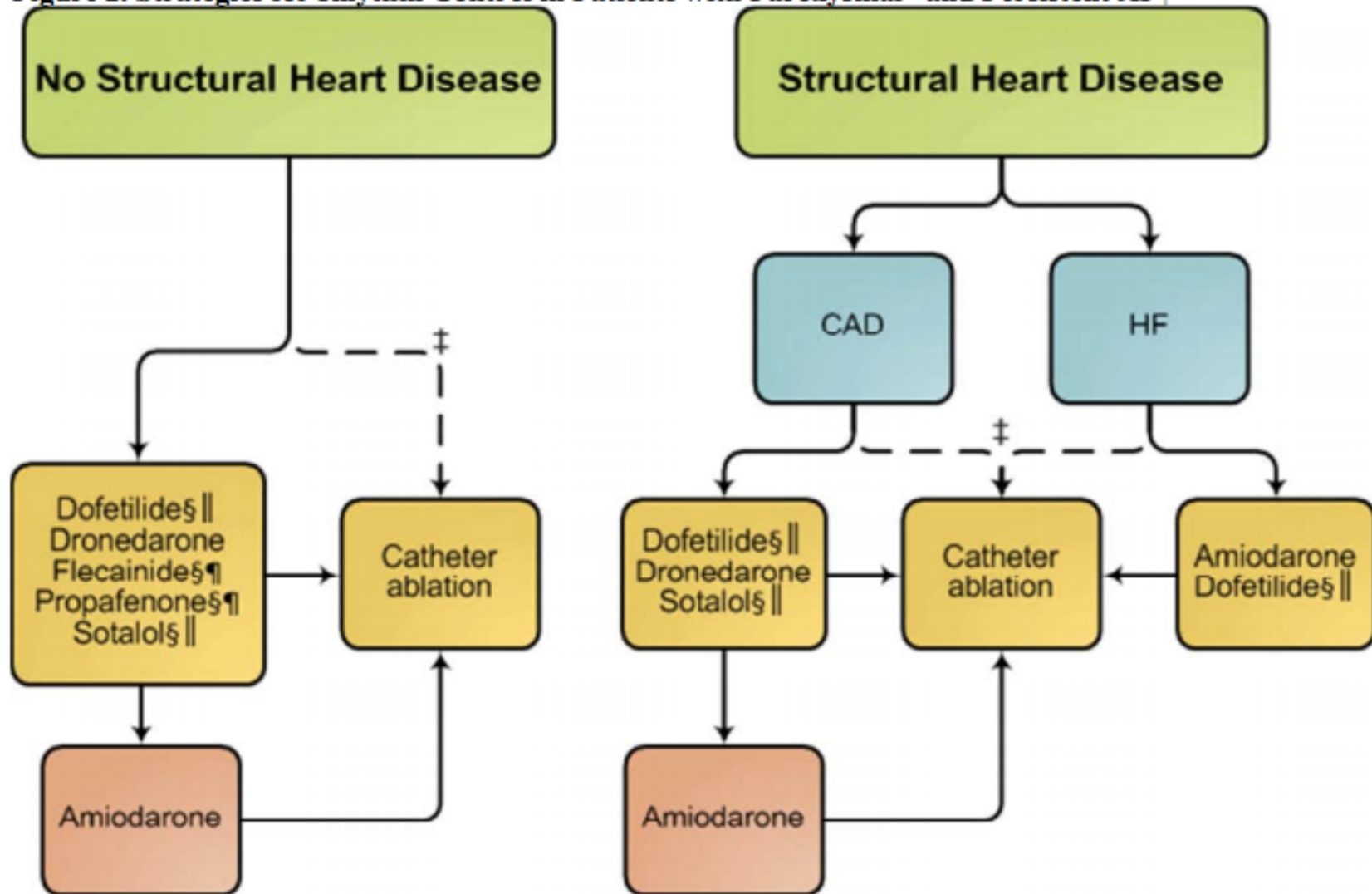


Figure 2. Strategies for Rhythm Control in Patients with Paroxysmal* and Persistent AF†



*Catheter ablation is only recommended as first-line therapy for patients with paroxysmal AF (Class IIa recommendation).

†Drugs are listed alphabetically.

‡Depending on patient preference when performed in experienced centers.

§Not recommended with severe LVH (wall thickness >1.5 cm).

|| Should be used with caution in patients at risk for torsades de pointes ventricular tachycardia.

¶Should be combined with AV nodal blocking agents.

AF indicates atrial fibrillation; CAD, coronary artery disease; HF, heart failure; and LVH, left ventricular hypertrophy.