


[Tapez un texte]

		Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences Service des urgences			
Fibrillation auriculaire aux urgences					
Responsable du document :C.Marti		Type de document :Protocole SU		Domaine :cardio-vasculaire	
Date de création :décembre 2012		Date d'entrée en vigueur : Février 2013		Date de mise à jour : Décembre 2012	
				N° de version : 1.1	
Mots-clés : Fibrillation auriculaire, cardioversion électrique, urgences					

Cardioversion électrique de la fibrillation auriculaire aux urgences.

1. Fibrillation auriculaire instable

En présence d'une **fibrillation auriculaire instable** la cardioversion électrique est le traitement de choix. (cf Algorithme de prise en charge)

- La cardioversion est effectuée en présence d'un médecin expérimenté dans la gestion des voies aériennes et de la sédation procédurale. (CDC anesthésie ou médecin cadre urgentiste).
- Si le CDC d'anesthésie de garde (33501) est requis, il s'organise pour répondre à la demande le plus rapidement possible en fonction de l'état clinique du patient.
- La cardioversion est pratiquée dans un box de réanimation. (Boxs A, B, C)
- Après la procédure, l'anesthésiste (le cas échéant le médecin cadre urgentiste) est responsable des consignes de surveillance concernant l'état d'éveil, les voies aériennes et l'oxygénation. L'urgentiste est responsable des consignes concernant la surveillance rythmique, hémodynamique, de l'état général du patient et des pathologies intercurrentes. Lors de cas complexes, la stratégie de surveillance est discutée entre l'anesthésiste et l'urgentiste.

2. Fibrillation auriculaire stable < 48h

En présence d'une **FA stable** se présentant aux urgences dans les 48 heures suivant son début, une cardioversion peut être discutée, en particulier lors d'un premier épisode ou chez un patient symptomatique. Deux options sont alors possibles : (1) une cardioversion médicamenteuse ou (2) une cardioversion électrique.


La cardioversion électrique peut être envisagée en cas d'échec ou de contre-indication à une cardioversion médicamenteuse (en cas d'échec après **un** antiarythmique, il est déconseillé de tenter un deuxième anti arythmique).

Critères pour envisager une cardioversion électrique aux urgences d'une FA stable datant de < 48 heures :

- **Avant la cardioversion**

- L'état clinique du patient ne justifie pas une admission ultérieure aux soins intensifs (le cas échéant la cardioversion se fait aux SI)
- Les troubles électrolytiques (K+) sont corrigés
- Le patient est à jeun depuis au minimum 6 heures
- Un box rouge est disponible et son utilisation n'interfère pas avec la prise en charge de patients nécessitant des soins de réanimation

[Tapez un texte]

		Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences Service des urgences			
Fibrillation auriculaire aux urgences					
Responsable du document :C.Marti		Type de document :Protocole SU		Domaine :cardio-vasculaire	
Date de création :décembre 2012		Date d'entrée en vigueur : Février 2013		Date de mise à jour : Décembre 2012	
N° de version : 1.1					
Mots-clés : Fibrillation auriculaire, cardioversion électrique, urgences					

- L'anesthésiste de garde est disponible: annoncer le cas le plus précocement possible au CDC d'anesthésie (33501)

- **Cardioversion**

- La cardioversion se fait sous induction anesthésique
- Les doses suivantes sont délivrées sous enregistrement ECG continu (défi) :
 - o Biphase : 120J – 150J – 200J synchrones

- **Après la cardioversion**


- ECG 12 pistes
 - L'anesthésiste quitte le box lorsque le patient ouvre les yeux à l'appel, répond aux ordres simples, ne présente pas de signes d'obstruction des voies aériennes supérieures et que la saturométrie sous ventimask 40 % est supérieure à 95%.
 - Le patient est alors surveillé par le personnel du CAU au minimum pendant 30 minutes de manière continue (surveillance clinique et monitoring ECG, TA aux 5 minutes et sPO2).
 - Une surveillance plus prolongée peut être demandée par l'anesthésiste.
 - L'anesthésiste (le cas échéant le médecin cadre urgentiste) est responsable des consignes de surveillance concernant l'état d'éveil, les voies aériennes et l'oxygénation. L'urgentiste est responsable des consignes concernant la surveillance rythmique, hémodynamique, de l'état général du patient et des pathologies intercurrentes.
 - Après la surveillance initiale, le patient peut être transféré dans un autre box ou à l'unité d'observation. Du point de vue anesthésique le patient peut être transféré à l'UO lorsqu'il ouvre les yeux spontanément, est calme et orienté, présente une sPO2 à l'air ambiant comparable aux valeurs pré-induction et respire sans obstruction des voies aériennes supérieures. Au moindre doute, appeler l'anesthésiste qui a effectué la procédure.
 - Un retour à domicile peut être envisagé chez des patients :
 - o Jeunes (< 60 ans)
 - o Sans co-morbidité significatives
 - o Chez lesquels on ne suspecte ni une ischémie myocardique ni une embolie pulmonaire
 - o Pour lesquels un suivi est assuré à la sortie
- Sauf ordre contraire de l'anesthésiste ayant pratiqué la procédure, le délai minimal de retour à domicile est de 4 h.

- **Critères de sortie**

Le patient doit :

- o Avoir bu , mangé, uriné.
- o Ne pas avoir de nausées, ni de vomissements
- o Marcher seul sans malaise ni vertiges.

[Tapez un texte]

		Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences Service des urgences			
Fibrillation auriculaire aux urgences					
Responsable du document :C.Marti		Type de document :Protocole SU		Domaine :cardio-vasculaire	
Date de création :décembre 2012		Date d'entrée en vigueur : Février 2013		Date de mise à jour : Décembre 2012	
				N° de version : 1.1	
Mots-clés : Fibrillation auriculaire, cardioversion électrique, urgences					

- Sortir accompagné et ne pas conduire lui-même. La présence d'un accompagnant à domicile est obligatoire pendant la première nuit et souhaitée la journée suivante.
- Avoir été informé d'appeler les urgences en cas de problèmes au 022 372 81 20 en demandant à parler au chef de clinique de médecine
- Avoir été instruit quant à l'anti coagulation ou des soins à domicile doivent avoir été organisés
- Poursuite de l'anticoagulation et/ou de l'antiarythmique pendant au moins 4 semaines en fonction du risque d'AVC et du risque de récurrence de la FA

3. Fibrillation auriculaire stable > 48h ou de début inconnu

En cas de fibrillation auriculaire stable d'une durée de plus de 48 heures ou de début incertain, une cardioversion électrique peut être envisagée après 3 à 4 semaines d'anticoagulation efficace **ou** si une échocardiographie trans-oesophagienne (ETO) a permis d'exclure un thrombus atrial/auriculaire.

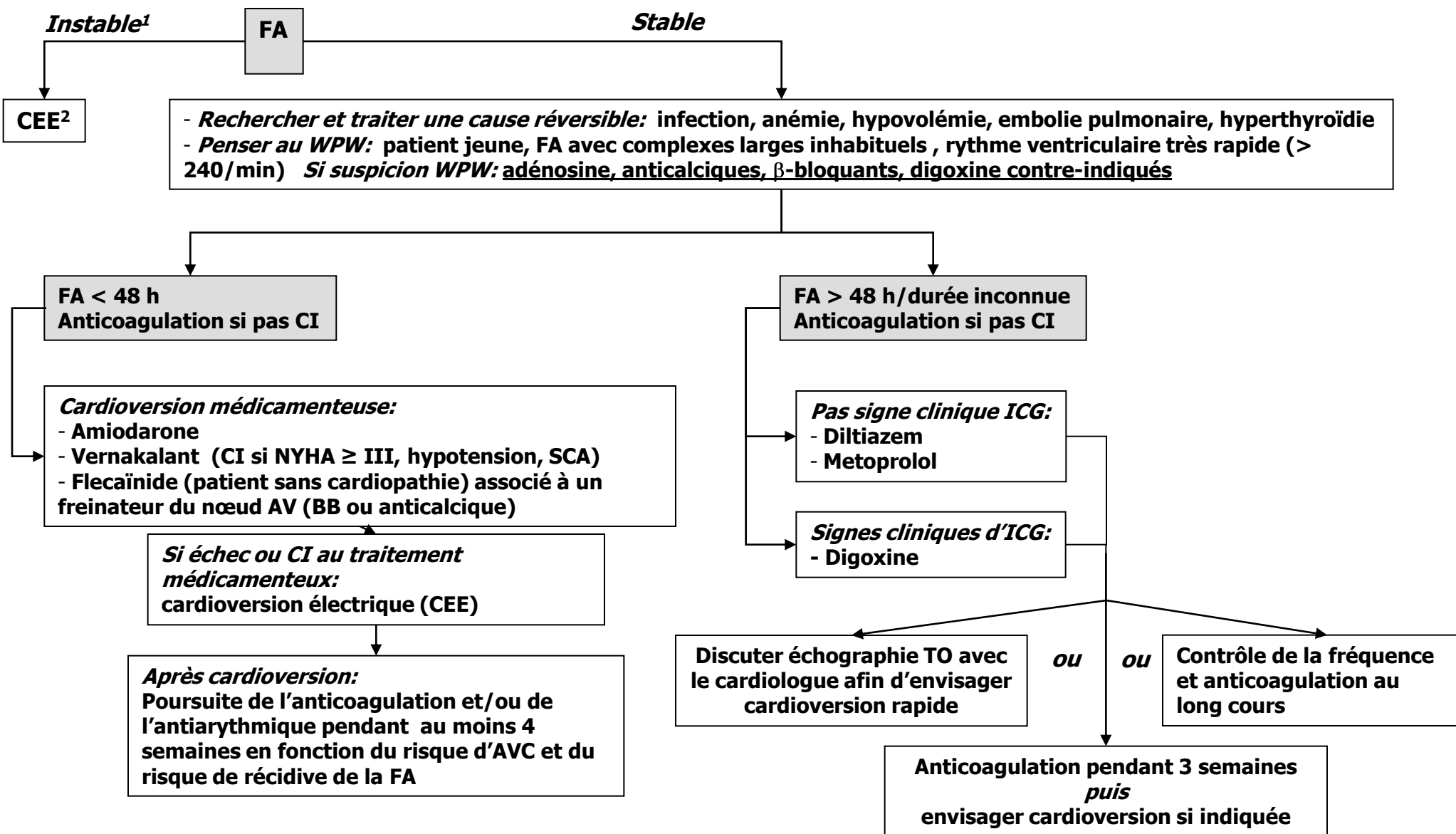
Dans le contexte d'une FA stable, ces examens ne sont en principe pas effectués aux urgences mais organisés à une date ultérieure par le cardiologue de garde

Référence :

Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31:2369-429.

©HUG, 2012 Droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent protocole (ou autre document), faite sans l'autorisation des Hôpitaux Universitaires de Genève est illicite et constitue une contrefaçon.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE



NOTES:

¹ **PATIENT INSTABLE:** patient avec réponse ventriculaire rapide et signes ECG d'ischémie/angor, hypotension symptomatique, ou insuffisance cardiaque (OAP)

² CEE: synchrone 120J, 150J, 200J (biphasique)

DOSAGES DES MÉDICAMENTS:

- **Diltiazem (*Dilzem*TM):** 0.25 mg/kg (15-20 mg) IV en 2 min. Si la réponse est insuffisante après 15 minutes, 2^{ème} bolus de 0.35 mg/kg (20-25 mg) IV en 2 min, suivi d'une perfusion de 5-15 mg/h ou d'un traitement p.o. (60 mg 3x/j)
- **Metoprolol (*Lopresor*TM):** 5 mg IV en 2 minutes, à répéter toutes les 5 minutes, maximum 3 doses (15 mg). Après 15 minutes, relais p.o. 25-50 mg 2x/j
- **Digoxine:** 0.25 mg IV toutes les 2 heures, jusqu'à 1.5 mg
- **Amiodarone (*Cordarone*TM):** 300 mg iv en 20 minutes, puis 900 mg iv sur 24 heures ou 30mg/Kg po en dose unique.
- **Vernakalant :** 3mg/kg iv en 10 min, puis observation 15 min, puis 2mg/kg sur 10 min si nécessaire (CI si NYHA ≥ III, hypotension, SCA).
- **Flecainide (*Tambacor*TM):** 2 mg/kg iv en 20min ou 300 mg po en dose unique (CI si cardiopathie ischémique, FE abaissée, hypertrophie ventriculaire)

➤ Un bêta-bloqueur (p.ex metoprolol) ou anticalcique freinateur (p.ex. diltiazem) doit être utilisé en association avec la flecainide (car risque de transformation de la FA en flutter atrial à conduction AV 1:1). (cf doses ci-dessus)

➤ L'essai d'une cardioversion médicamenteuse p.o. avec dose unique d'antiarythmique pour une FA de <48h (en absence de cardiopathie structurale) est une opportunité de prescrire un schéma « pill in the pocket » pour la suite, et doit être préférée à une cardioversion i.v.

➤ ***1 seul antiarythmique devrait être utilisé. En cas d'échec, envisager une cardioversion électrique si indiquée.***

Références:

1. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, et al.: Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008;133(6 suppl):546S-92.
2. Chevalier P, Durand-Dubief A, Burri H, et al.: Amiodarone versus placebo and classic drugs for cardioversion of recent-onset atrial fibrillation: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2003;41(2):255-62.
3. Alboni P, Botto GL, Baldi N, et al.: Outpatient Treatment of Recent-Onset Atrial Fibrillation with the "Pill-in-the-Pocket" Approach. N Engl J Med 2004;351(23):2384-91.

Protocole validé avec le Dr Haran BURRI

Révision Janvier 2013