

Pierre SABOURET

ACTION-Group, Institut du Cœur Paris

Anticoagulation in AF – Real life data from the GARFIELD Registry

Saturday 29th August | 15.30–17.00 | Madrid– Village 4

Intervenants :

Shinya Goto, Japan

JP Bassand, France

A. John Camm, Royaume-Uni

Z. Goldhaber, USA

S. Haas, Allemagne

K. Fox, Royaume-Uni

GARFIELD-AF est un travail académique, coordonné par le Thrombosis Research Institute (TRI) de Londres, et qui a inclus 57000 dans plus de 1000 centres investigateurs, dans 35 pays. 4 cohortes sont suivies, avec des inclusions qui ont eu lieu entre décembre 2009 et Juillet 2015, les inclusions pour la 5^e cohorte en Août 2015. Les variations régionales de la prise en charge de la fibrillation atriale non valvulaire (FANV) ne sont pas significatives dans le registre GARFIELD, avec un traitement anticoagulant oral (ACO) qui concerne 2/3 des patients. La part des anticoagulants oraux directs (AOD) va croissante au cours du suivi du registre, avec une tendance à « surtraiter » les patients à faible risque (CHADSVasc à 0 ou 1) qui représentent une minorité de patients (< 10%), alors que les patients à très haut risque ischémique (score de CHADSVasc élevé) sont parfois insuffisamment traités par ACO, en raison probablement des comorbidités, traduisant une plus grande fragilité clinique, et des traitements associés (antiagrégants plaquettaires notamment chez les patients coronariens et vasculaires).

JP Bassand a souligné que les comorbidités et les profils des patients expliquent que 40% des décès sont d'origine non-cardiovasculaire (néoplasies, insuffisance respiratoire chronique), sur lesquels aucun bénéfice des traitements ACO ne peut être attendu. Les facteurs prédictifs puissants associés au pronostic sont notamment l'insuffisance rénale, même modérée, et le tabagisme, facteurs qui ne sont pas inclus dans le score CHADSVasc, ce qui doit inciter à perfectionner ce score de risque ischémique.

AJ Camm s'est focalisé sur les différences entre les sexes : dans ce registre, comme dans le registre national français AFIGP, les femmes sont plus âgées, mais ont moins d'atteinte vasculaire (coronaropathie, artériopathie des membres inférieurs). L'analyse statistique supprimant le facteur « sexe » du score CHADSVasc (CHADSVasc 3 chez les femmes comparé au CHADSVasc 2 chez les hommes etc..) ne montre pas de différence significative sur les taux de prescriptions des ACO, que ce

soit les AOD ou les AVK, les antiagrégants étant plus souvent prescrits (majoritairement en association avec un ACO) compte tenu de la prévalence plus élevée de l'atteinte vasculaire.

Un élément troublant semble la moindre efficacité des ACO chez les patientes avec FANV versus les hommes, en terme de diminution des événements ischémiques et de la mortalité CV, après analyse multivariée, notamment ajustée à l'âge et aux comorbidités. Des analyses sont en cours pour mieux comprendre ces données .

Le temps passé à un INR à l'objectif (Time To Range :TTR) concerne plus de 60% des patients, et est en amélioration. Le problème sur la définition du patient équilibré sous AVK, puisqu'on admet le chiffre de 2/3 au TTR (66%), alors que l'étude ENGAGE-AF a montré une non-infériorité sur le plan ischémique de l'Edoxaban 60 mg (ajusté à 30 mg pour 1/3 des patients sur des critères cliniques simples) versus Warfarine, avec une réduction hautement significative des hémorragies majeures, notamment intracrâniennes, chez des patients dont le TTR était à 69%, donc le TTR optimal sous Warfarine devrait être revu à la hausse pour être compétitif avec les AOD.

Enfin, Keith Fox a insisté sur la qualité du recueil des données des patients, avec des visites sur sites régulières afin de vérifier la conformité des éléments recueillis par les centres investigateurs. Les 5 cohortes fournissent une base de données précieuses concernant les patients et les stratégies thérapeutiques.

Conclusion

Les 5 cohortes du registre mondial GARFIELD reflètent assez bien les profils patients rencontrés en pratique quotidienne. Les stratégies thérapeutiques sont assez bien adaptées , compte-tenu des comorbidités et des pathologies associées, qui rendent plus difficiles l'emploi des ACO (AOD ou AVK).

Comme attendu, les patients les plus à risque sur plan ischémique, sont également à risque hémorragique élevé, ce qui complexifie l'approche thérapeutique optimale, puisque ces patients ont des caractéristiques différentes des patients inclus dans les essais randomisés.

Une aide à la prescription pourrait être apportée par l'établissement de score de risque ischémique et hémorragique, avec des facteurs non intégrés actuellement, tels que le tabagisme et l'insuffisance rénale notamment.

Des progrès ont été déjà réalisés par une meilleure diffusion des scores de risque ischémique, et une plus grande facilité d'emploi des AOD, mais ne saurait faire négliger l'éducation thérapeutique des patients avec un suivi régulier, notamment de la fonction rénale sur la formule de Cockcroft et Gault, utilisée dans toutes les études randomisées.