Poster N° R-PCL-52

Centre hospitalier universitaire vaudois

Fibrillation auriculaire post-chirurgie cardiaque (POAF) : Quelle prise en charge au CHUV?

ISPSO INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES DE SUISSE OCCIDENTALE

C. Bruggmann [1, 2], M. Astaneh [2], P. Tozzi [3], P. Voirol [1,2], F. Sadeghipour [1,2]

[1] Service de Pharmacie, CHUV, Université de Lausanne, Lausanne [2] Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale (ISPSO), Université de Genève, Genève [3] Service de chirurgie cardiaque, CHUV, Université de Lausanne, Lausanne

Introduction

- La POAF est une complication très fréquente en chirurgie cardiaque (16-60% des patients selon la chirurgie)[1].
- Elle augmente la mortalité et la durée de séjour hospitalier[2].
- Deux stratégies de prise en charge aigüe : **contrôle de la fréquence vs contrôle du rythme**.
- Le contrôle du rythme permettrait un retour plus rapide en rythme sinusal, mais utilise des médicaments plus toxiques (amiodarone).
- Absence de consensus et de protocole standardisé de prise en charge en chirurgie cardiaque.

→ **Hypothèse: prise en charge très variable en fonction du médecin et du service dans lequel se trouve le patient au moment de la POAF**

→ **Tous les patients ne sont pas pris en charge de façon optimale**

Objectifs

Evaluer la prise en charge de la POAF dans un service de chirurgie cardiaque:

- **Evaluation de la stratégie employée (contrôle du rythme vs contrôle de la fréquence) lors du premier épisode de POAF**
- **Evaluation de la dose totale cumulée d'amiodarone reçue**

Méthode

- Etude observationnelle, rétrospective et monocentrique
- Critères d'inclusion: patients ayant développé une POAF après une chirurgie cardiaque au CHUV, entre Janvier 2017 et Juin 2018.
- Analyse de la complication (durée, stabilité hémodynamique, type) et de la prescription de médicaments antiarythmiques, médicaments bradycardisants et d'anticoagulant lors des différents épisodes de POAF

Conclusion

- La stratégie de contrôle du rythme a été la plus souvent utilisée
- Aucun toxicité liée à l'amiodarone n'a été observée (mais absence de suivi au long terme)
- Prise en charge très variable selon l'unité d'hospitalisation
- Variabilité dans les doses d'amiodarone administrées (bolus iv seul versus bolus iv suivi d'une perfusion continue)
- La stratégie du contrôle de la fréquence n'a été que très peu utilisée

→ Un protocole standardisé de prise en charge devra être mis en place afin de diminuer la variabilité de prise en charge de cette complication

→ Une étude prospective pourra être réalisée afin d'en évaluer l'impact

Résultats et Discussion

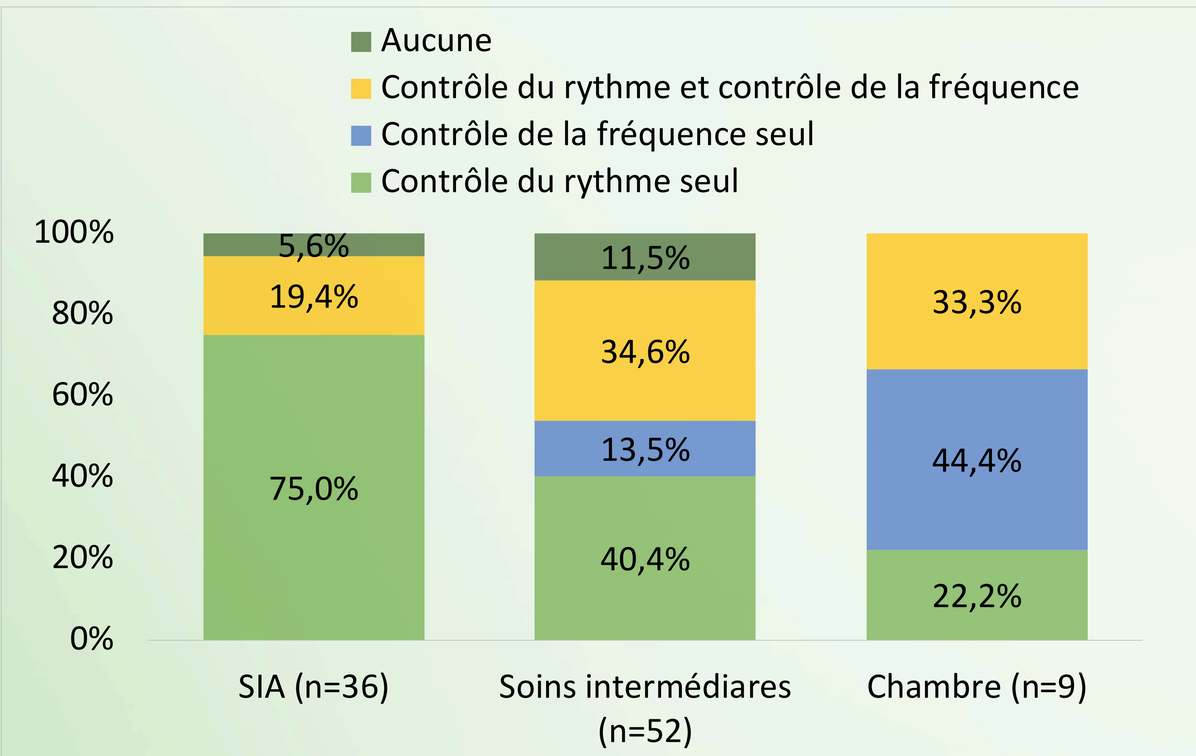

Figure 1: Prise en charge du premier épisode de POAF selon l'unité d'hospitalisation (n=97)

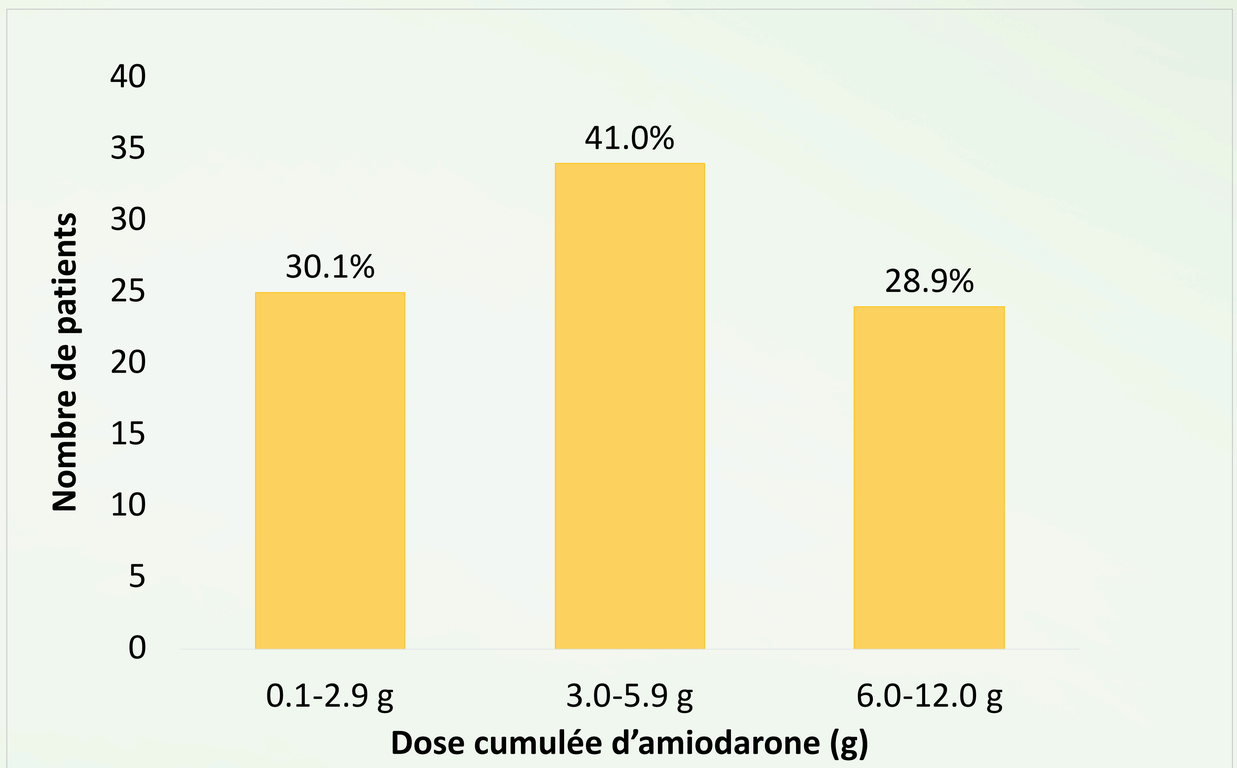

Figure 2: Dose cumulée d'amiodarone reçue durant l'hospitalisation (n=83)

- 40/77 (51.9%) ont reçu des doses en bolus (150-300mg) suivis d'une perfusion continue (900mg/24h);
- 37/77 (48.1%) ont reçu uniquement un bolus.

→ La majorité des patients a reçu une dose cumulée d'amiodarone < 6g

→ Selon les recommandations, la dose de charge totale devrait être de 6g à 10g.

Après le premier épisode:

- 95/97 (97.9%) patients sont retournés en rythme sinusal en <48h
- Récidive chez 55/95 (56.7%) patients (pas de différence significative selon la prise en charge initiale, p=0.5)
- Les récidives ont également été prises en charge de façon très variable entre les patients
- Finalement, 83/97 (**85.6%**) patients ont reçu de l'amiodarone pendant l'hospitalisation.

Références

1. Creswell et al. Ann Thorac Surg, 1993
2. Aranki et al. Circulation. 1996

22èmes Journées Franco-Suisses de Pharmacie Hospitalière 2019

Contact : christel.bruggmann@chuv.ch