

Fibrillation auriculaire : nécessité d'une approche de soins intégrés pour cette maladie complexe ?

Référence

Gallagher C, Elliott AD, Wong CX, et al. Integrated care in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 2017;103:1947-53. DOI: 10.1136/heartjnl-2016-310952

Analyse de

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Question clinique

Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire, quel est l'effet d'une approche de soins intégrés, versus prise en charge habituelle, sur la mortalité, les hospitalisations, les visites au service des urgences, les maladies cérébrovasculaires et les critères rapportés par le patient (qualité de vie, angoisse et dépression) ?

Contexte

La prévalence de la fibrillation auriculaire (FA) est d'environ 6% chez les personnes âgées de plus de 75 ans, et est plus élevée chez les hommes (1). Les données de l'étude QRISK3 (2,3) et d'une autre étude épidémiologique européenne (4) montrent que le risque cardiovasculaire est considérablement accru en présence d'une FA, et ce de manière plus importante chez la femme que chez l'homme. Contrairement à ce que l'on observe avec les autres maladies cardiovasculaires, nous avons assisté, au cours des vingt dernières années, à un doublement de la mortalité liée à la FA (5). Par conséquent, la FA est de plus en plus considérée comme une maladie chronique à l'étiologie diverse (ischémie, insuffisance cardiaque, atteinte valvulaire...) et nécessitant un traitement complexe (prévention de la thrombo-embolie, contrôle du rythme, traitement de la pathologie sous-jacente...) et pour laquelle une prise en charge plus efficace est nécessaire. La mise en œuvre d'un « modèle de soins intégrés », défini comme une approche multidisciplinaire coordonnée de la FA centrée « sur le patient et sur sa pathologie » (6) est ainsi proposé. Une synthèse méthodique intéressante portant sur l'effet d'une telle stratégie a été publiée en 2017.

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse

Sources consultées

- PubMed, Embase et CINAHL, jusque février 2016.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion : études randomisées contrôlées (RCTs) et études non randomisées ayant examiné durant au moins 6 mois l'effet d'une approche de soins intégrés versus groupe témoin chez des patients atteints de FA ; l'approche de soins intégrés était définie comme « l'offre de soins multidisciplinaires dans divers contextes au cours de différents stades du processus de soins »
- critères d'exclusion : études centrées sur une seule facette du traitement de la FA (comme le traitement anticoagulant) ; études non publiées en anglais ; moins de 50 participants
- au total, 3 études ont été incluses, dont 2 RCTs, menées respectivement dans une polyclinique et dans un hôpital, et une étude pré-post dans un service d'urgences.

Population étudiée

- au total, 1383 participants, dont 43% de femmes ; âge moyen de 66,9 ans (ET 15,4 ans).

Mesure des résultats

- mortalité globale ; nombre d'hospitalisations pour trouble cardiovasculaire ou pour FA ; nombre d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Résultats

- soins intégrés versus prise en charge habituelle : diminution de 49% de la mortalité globale (rapport de cotes (RC) de 0,51 avec IC à 95% de 0,32 à 0,80 ; $p = 0,003$; $N = 2$ études avec $I^2 = 0\%$) et diminution du nombre d'hospitalisations pour maladie cardiovasculaire de 42% (RC de 0,58 avec IC à 95% de 0,44 à 0,77 ; $p = 0,0002$; $N = 3$ études avec $I^2 = 6\%$)
- soins intégrés versus prise en charge habituelle : pas de diminution statistiquement significative du nombre d'hospitalisations pour FA ($N = 2$ études avec $I^2 = 0\%$) et du nombre d'AVC ($N = 3$ études avec $I^2 = 0\%$)
- en raison de l'hétérogénéité clinique, aucune méta-analyse des données de l'étude n'a été possible concernant la qualité de vie, l'anxiété et la dépression.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent qu'une approche de soins intégrés en cas de FA s'accompagne d'une diminution de la mortalité globale et du nombre d'hospitalisations pour maladie cardiovasculaire. Il est nécessaire de poursuivre la recherche pour déterminer le contexte optimal, la méthode qui convient le mieux et les meilleurs composants des soins intégrés pour cette population croissante des patients atteints de FA.

Financement de l'étude

Aucun financement mentionné.

Conflits d'intérêts des auteurs

Aucun conflit d'intérêts des auteurs n'a été mentionné.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Les auteurs de cette synthèse méthodique ont limité à 3 bases de données électroniques leur recherche dans la littérature. Ils n'ont pas effectué de recherche dans la « littérature grise », alors que cela aurait pu être intéressant pour ce sujet. On peut aussi se demander pourquoi les langues de publication autres que l'anglais ont été exclues. Le **funnel plot** n'a pas montré de biais de publication, mais, avec seulement 3 études incluses, une telle analyse est peu pertinente (7). Pour évaluer la qualité méthodologique des différentes études, les auteurs ont utilisé l'outil « **Risque de biais** » de la **Cochrane Collaboration**. Pour 2 RCTs, le risque de biais était faible. La nature de l'intervention ne permet pas de respecter le **secret d'attribution** (concealment of allocation). La **validité interne** de l'étude pré-post est, par définition, plus faible qu'avec les RCTs (8). Deux **analyses de sensibilité** qui ont exclu cette étude n'ont toutefois pas montré de résultats qui différaient de manière statistiquement significative en termes d'hospitalisation pour maladie cardiovasculaire et de nombre d'AVC.

Les chercheurs n'ont pas préalablement déterminé de critères de jugement primaires et secondaires. Ils se sont limités aux critères de jugement qui « pouvaient être extraits des études incluses ». Cela n'est pas correct d'un point de vue méthodologique car des résultats potentiellement intéressants pour les médecins et les patients sont ainsi exclus par avance (9).

On n'a pas pu montrer d'**hétérogénéité** statistique pour les résultats des méta-analyses en termes de mortalité totale, d'hospitalisations pour maladie cardiovasculaire ou pour FA et de nombre d'AVC. L'hétérogénéité clinique est cependant plus difficile à déterminer. Les différents programmes ont

approché les patients d'une manière différente : visite à la polyclinique, visite à domicile après l'hospitalisation, contact téléphonique, éducation en groupe. Les programmes des 2 RCTs comprenaient, outre l'éducation des patients, une assistance thérapeutique des prestataires de soins.

Interprétation des résultats et mise en perspective des résultats

Cette méta-analyse montre qu'une approche de soins intégrés pour les patients atteints de FA conduit à une diminution statistiquement significative de la mortalité globale et des hospitalisations pour maladie cardiovasculaire mais il est étonnant que l'on n'ait pas observé de diminution du nombre d'AVC. Cela pourrait s'expliquer par une utilisation inadéquate des anticoagulants ou un contrôle insuffisant des facteurs de risque, qui pourraient avoir de l'importance tant pour l'AVC que pour la FA. Les données de cette étude sont trop limitées, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (*voir plus haut*) pour considérer comme robustes les résultats favorables en termes de mortalité globale et d'hospitalisation pour maladie cardiovasculaire. Par ailleurs, les études n'ont pas rapporté de données détaillées sur des déterminants importants du groupe de patients examinés, comme les facteurs de risque (cardiovasculaire), les antécédents, les comorbidités. Il est donc impossible de savoir, par exemple, dans quelle mesure la « diminution des hospitalisations pour maladie cardiovasculaire » est la conséquence de facteurs mesurables (coagulation sanguine, pression artérielle, contrôle du rythme, ischémie, fraction d'éjection...). Il faut en outre envisager avec prudence la comparaison que font les auteurs entre leur calcul du nombre de sujets à traiter (NST) pour éviter un décès grâce au programme de soins intégrés pour la FA, qui est égal à 19, et le NST de 17 en cas de soins intégrés pour l'insuffisance cardiaque (10).

En ce qui concerne la possibilité d'extrapoler les résultats, il est important de remarquer qu'aucune étude n'a été menée en première ligne. La diminution du nombre d'hospitalisations peut-elle s'expliquer, par exemple, par un accès plus facile à l'aide spécialisée parce que les études ont été menées en deuxième ligne ? Nous pouvons aussi nous demander si le recours à du personnel infirmier spécialisé de deuxième ligne est suffisant pour parler d'une véritable approche de soins intégrés. Cette étude ne part pas d'un protocole où il est question d'une collaboration entre la première ligne (médecin généraliste, pharmacien d'officine, soins infirmiers à domicile...) et la deuxième ligne (cardiologue, assistance infirmière spécialisée...) et du soutien de cette stratégie.

Conclusion de Minerva

Sur la base de cette synthèse méthodique avec méta-analyse, fondée sur trois études de deuxième ligne seulement, nous pouvons conclure qu'une approche de soins intégrés en cas de fibrillation auriculaire conduit à une diminution de la mortalité globale et du nombre d'hospitalisations pour maladie cardiovasculaire. Des études sont encore nécessaires pour savoir quels composants de cette approche déterminent son effet et si elle est aussi efficace pour tous les patients atteints de fibrillation auriculaire. D'autres recherches sur le rôle de la première ligne dans ce contexte sont également indispensables.

Pour la pratique

Un traitement anticoagulant correct est très important en cas de FA, mais, dans la pratique clinique, il n'est pas toujours bien appliqué. La valeur INR cible n'est pas atteinte dans un tiers des traitements instaurés par warfarine (principalement en raison d'une concentration trop basse), et on peut dire la même chose pour les anticoagulants oraux directs (AOD) (dans l'étude ARISTOTLE, on a constaté que le traitement par apixaban était insuffisant dans 25% des cas, alors que cela ne s'expliquait que chez 5% des patients par l'âge, la fonction rénale et le poids (11)). Mais la prise en charge de la FA va bien au-delà d'un traitement anticoagulant correct. Parce que la FA est une pathologie complexe, avec une mortalité et une morbidité importantes et une prévalence croissante, il vaudrait probablement mieux utiliser une approche globale multidisciplinaire. C'est une nouvelle approche, dont il n'est même pas question dans les recommandations 2017 de l'association néerlandaise des médecins généralistes (NHG) (1). Dans l'étude discutée plus haut, on a vu qu'une

approche de soins intégrés en deuxième ligne apporte un gain sur le plan de la mortalité et des hospitalisations pour maladie cardiovasculaire. Il est urgent de mener une recherche sur l'implémentation et l'efficacité en première ligne pour mieux connaître ce trajet de soins prometteur.

Références

1. NHG-standaard Atriumfibrilleren (M79). Derde herziening, 2017.
2. De Cort P. QRISK3, la nouvelle mise à jour de l'instrument britannique pour le calcul du risque cardiovasculaire. *MinervaF* 2017;16(8):197-9.
3. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ* 2017;357:j2099. DOI: 10.1136/bmj.j2099
4. Magnussen C, Niiranen TJ, Ojeda FM, et al. Sex differences and similarities in atrial fibrillation epidemiology, risk factors and mortality in community cohorts: results from the BiomarCaRE Consortium (Biomarker for cardiovascular risk assessment in Europe). *Circulation* 2017;136:1588-97. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.028981
5. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a global burden of disease 2010 study. *Circulation* 2014;129:837-47. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005119
6. Lau DH, Schotten U, Mahajan R, et al. Novel mechanisms in the pathogenesis of atrial fibrillation: practical applications. *Eur Heart J* 2016;37:1573-81. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv375
7. Poelman T. Comment interpréter un funnel plot ? *MinervaF* 2014;13(2):25.
8. Michiels B. Qu'est-ce qu'une étude pré-post ? *MinervaF* 2017;16(10):261-2.
9. Michiels B. Choix et signification des critères de jugement primaires et secondaires dans les synthèses méthodiques. *MinervaF* 2015;14(10):128.
10. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:810-9. DOI: 10.1016/j.jacc.2004.05.055
11. Pokorney SD, Peterson ED, Piccini JP. When less is not more. *J Am Coll Cardiol* 2017;69:2791-3. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.04.045