

- **Aigue** : - Réa, toxocomanie, sepsis grave, tricuspidie
- Staph aureus, PE cutanée
- **Sub-aigue d'Osler** :
- Sur cardiopathie, fièvre, cœur G
- PE **dentaire** (Stepto oraux ++), **dig** (entérocoques, strepto D), **urinaire**
- Sur **valve native** ou **prothèse**

Clinique :

- **Fièvre** prolongée + **souffle** cardiaque = dg
- **Signes extra-cardiaques** : **SMG**, **Erythème palma-plantaire** (plaques Janeway), **Purpura pétéchial**, **Hippocratisme digital**, **faux panaris d'Osler** (=dl), taches de Roth au **FO**, **Arthralgies**

EPC :

- **Hémocs** x3 +++
- Pdt pics fébriles, labo prévenu
- Cultures aérobie et anaérobie + ATBG
- Positif si 2x germes typiques ou 3x sinon
- Si négatif (5-10%) : germe décapité, candida, B à croissance lente (HACEK, brucellose, légionelle) intra-cellulaires (coxiella, chlamydia, mycoplasme)
- **ETT + ETO** +++ : végétations, abcès, fuite
- **ECG** répétés : recherche BAV, TDR
- Recherche PE : Pv cutané, cs ORL + Panorex, ECBU
- Complications : - **TDMc** et **TDM TAP** (embolies)
- Bio standart : NFS, CRP, BR

FDR : • Groupe A : **Haut risque**

- **Prothèse valvulaire**
- **ATCD EI**
- **Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées**
- Groupe B : Risque moins élevé
- **Valvulopathie** (IAo > IM > RAo)
- CMH obstructive, bicuspidie aortique

Traitement :

- **H^o** en **U** +/- en réa
- **BiATB** IV fortes doses proba 2t adaptée 4-6 sem :
Augmentin + Gentamycine
ou **Amoxicilline + Oxacilline + Gentamycine**
- Strepto oraux et D ou germes dig :
Amoxicilline (Vancomycine si allergie) 4 sem
+/- **Gentamycine** si prothèse, choc ou entérocoque (2 sem)
- Staph : **Oxacilline** (Vancomycine si allergie, méti-R)
+ **Gentamycine** (5j)
+/- **Rifampicine** si prothèse < 1 an
- Ttt PE, CI ATCG (sauf valve mécanique)
- **Chir** : valvuloplastie voire remplacement
→ en U si chocs, ou sous qq jours si échec à 7j ou végétation >30mm ou embolie et végétation >10mm

Complications :

- Cardio : **IC**, **I valvulaire A**, **abcès septal** : **BAV3**, **abcès myocardique** : **TDR**, EP si D
- Complication viscérale (AVC ++, rate, vertèbre, infarctus rénal, MI) sur **embolie septique**, **anévrisme mycotique**, abcès (ou iatrogénie)
- Immuno : **GNRP**, **arthralgies**
- Signes extra-cardiaques

Critères dg de Duke : dg certain si 2 critères majeurs ou 1 majeur + 3 mineurs ou 5 mineurs

- Majeurs : 2 hémocs positives, végétation à l'ETT ou nouveau souffle de régurgitation aortique
- Mineurs : fièvre > 38°, valvulopathie ou toxicomane IV, phénomène vasculaires (EP, hémorragie), immunologique (glomérulonéphrite, Osler, Roth...), microbiologique (1 hémoc positive)

218

Athérome

1^e cause de décès chez la femme, 2^e chez l'homme (après cancer)

- **Strie lipidique** : agression endothéliale, accumulation de cellules spumeuses dans l'intima (LDL oxydés captés par macrophages)
- **Plaque d'athérome** : remaniement de la paroi avec migration C musculaires lisses = chape fibreuse entourant un noyau lipidique

Clinique : Recherche toutes les localisations : **polyathéromateux** si ≥ 2 territoires (sympto si sténose > 70 %)

EPC : • Bio : **NFS, iono, BR + glycémie + EAL**
• ECG-ETT, Doppler TSAo, IPS-Doppler MI

PEC patient polyathéromateux :

- Multidisciplinaire et global
- **RHD** (régime, sel < 6g Ø restriction)
Contrôle **FDRCV**, évaluation RCV
- En prévention 2r ou si RCV élevé
 - **AAP** : **Aspirine** 75-325mg/j (Clopidogrel si CI ou complication)
 - **IEC** ou ARA II
 - **Statines**

Complications : calcification, ulcération, sténose, rupture-fissure (embolie)

219

Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention

- **FDR majeurs** :
 - non modifiables : **Age** (H > 50 ans, F > 60 ans)
ATCD familiaux (IDM/mort subite
H < 55 ans, F < 65, AVC < 45 ans)
 - modifiables : **tabac, HTA, diabète, dyslipidémie**
- **F prédisposant** : obésité- \S métabolique, sédentarité, précarité, ménopause, MIC, IRC

RCV global (proba événement CV sous 5 à 10 ans) :
→ Equation de Framingham ou échelle SCORE

- Risque faible : HTA grade 1 sans autre FDRCV
- Risque élevé : HTA grade 3 ou ≥ 3 autres FDRCV ou atteinte CV ou rénale

\S métabolique :

- **Obésité androïde** : tour taille F > 80cm, H > 94cm
- + $\geq 2/4$:- HTA
 - **Tbl glycorégulation** > 1,10
 - **hyper TG** > 1,5
 - **HDL bas** : H < 0,4, F < 0,5

EPC : systématique si 1 FDRCV ou 1 événement CV
Glycémie + EAL + ECG + RxT

Prévention :

- **Primaire** : **RHD** = arrêt tabac, régime diététique
- **Secondaire** ou si RCV \nearrow : **Aspirine, Statine, IEC**

220

Dyslipidémies

EPC : **EAL** (à jeûn 12h avant)

- Cholestérol total < 2 g/L, TG < 1,5, HDL > 0,4 (0,5 F)
- Formule de Friedwald : LDL = Chol - HDL - TG/5 < 1,6 (si TG < 4)

Traitement :

- Objectifs selon autres FDRCV : $\emptyset < 2,2 / 1 < 1,9 / 2 < 1,6 / \geq 3 < 1,3$
Prévention primaire si haut risque CV < 1
Prévention secondaire si haut risque CV < 0,7 ou \searrow 50 %
- **RHD** 3 mois : régime diététique avec mesures spé
 \searrow AGS, \nearrow AGI stt AGPI (oméga 3), Chol < 300g/j, fibres
- Si échec RHD ou d'emblée si RCV élevé ou en prévention 2r :
Statines ou Fibrates si TG > 4 isolée (ne pas associer les 2)
- Surveillance : EAL + transaminases avant 3 mois (efficace à 1 mois)
CPK avant le ttt puis si **myalgies** sous ttt

Etiologies :

- **I- Hyperchylomicronémie primitive** :
TG > 10 (risque PAI)
- **Ila- Hypercholestérolémie familiale** :
 \nearrow **LDH** pure
Frq (stt polygénique), xanthomes
- **Ilb- Hyperlipidémie familiale combinée** : \nearrow **LDH + TG**
- **III- Dysβlipoprotéidémie**
- **IV- Hypertriglycéridémie familiale** :
 \nearrow **TG** pure
- **Secondaires** :
 - latrogène (POP, CTC, diurétiques, rétinoïdes, ARV), OH
 - **Hypothyroïdie**, diabète, Cushing
 - \S néphrotique, IRC, cholestase

HTA grade 1 > 140-90, 2 > 160-100, 3 > 180-110

Clinique :

- **PA > 140-90**, 2 mesures par consultation, 2 bras, repos > 5min, avec un brassard adapté, sans café ni tabac dans l'heure sur **3 consultations** (contrôle à 1 mois + à 3 si grade 2 / 6 si grade 1)
- Confirmation par MAPA > 130-80 ou auto-mesures à domicile 3x matin + soir sur 3j > 135-85 (> 130-80 la nuit)
- Sévère = éclat B2, insuffisance tricuspide

EPC : Bilan OMS : - Iono (hypoK par hyperaldo)

- Urée-créat
- Glycémie, EAL
- ECG + BU

Traitement :

- **RHD** 3/6 mois : arrêt tabac, restriction sodée < 6g
Objectif 130-140 et < 90 (< 150 si > 80 ans)
- Si échec RHD : Monothérapie en 1e intention :
 - Béta-bloquants (coronariens), - efficace sur AVC
 - IEC-ARA II (diabète, IR, IC, IDM) +++
 - Diurétiques thiazidiques (IC)
 - IC ++
- Education, contrôle FDRCC

Si échec : fausse HTA (blouse blanche), HTA 2r, tox ou médicament, SAOS, mauvaise observance, non respect des RHD, surcharge volémique

Etiologies : → **Essentielle** 90 %

ou **secondaire** : < 30 ans, grade III, résistante :

- **Rénale** :
 - **Néphropathie glomérulaire, TI, PKR**
 - **HTA réno-vasculaire** = sténose artère rénale : athéromateuse ou dysplasie fibro-musculaire
 - **IRC**
- **Endocrinienne** :
 - **Hyperaldostéronisme 1r** : Cohn, hyperplasie SR
 - **Hyperaldostéronisme 2r** : POP, γ, tumeur sécrétant rénine, HTA maligne, hypovolémie
 - **Hypercorticisme** : Cushing, bloc 11β-hydroxylase
 - **Phéochromocytome** (NEM2, NF1, VHL) :
 - Triade Ménard : **céphalées, sueurs, palpitations**
 - **Méta + normétanéphrine U, TDM SR, scinti MIBG**
 - **α et β-bloquants** petites doses puis **exérèse chir**
 - **Acromégalie, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie**
- **Coarctation de l'aorte**
- **Toxiques** : OH, cocaïne, glycyrrhizine
- **Medoc** : AINS, CTC, EPO, ciclosporine, adrénaline, anorexigènes, POP
- **HTA gravidique**
- + **SAOS**

Complications :

- **Résistante** (trithérapie dont un diurétique)
- **CV** : AIT-AVC, HVG, IC, FA, IDM, DA, AAA
- **Néphroangiosclérose bénigne** (micro-albuminurie)
- **Artériosclérose rétinienne** : Kirkendall au FO
 - I = signe du croisement
 - II = + rétrécissement artériel en regard
 - III = + engainement vasculaire, occlusion branche

POUSSEES HYPERTENSIVES ET HTA MALIGNE

- **Poussée hypertensive** : > 180-110 isolée ou **urgence hypertensive** si avec retentissement
- **HTA maligne** : PAD > 130 + retentissement viscéral (rétinopathie hypertensive stade III au FO)

Clinique : • Céphalées, phosphènes, acouphènes...

- Maligne : polyurie-polydipsie, signes OAP, asymétrie TA, neuro, DEC, **FO, BU**

EPC : - NFS, Iono, BR, tropo, hémostase, hémolyse
- ECG, RxT +/- TDMc si signes neuro, PU24h

Traitement : IC **Nicardipine** Loxen (ou antiHTA centraux) IVSE : ∇ **PA 25 %/h**

F déclanchant :

- Iatrogène : **Arrêt ttt**, prise **toxiques** ou **médicaments hypertenseurs**
- Aigue sur HTA non équilibrée : **RAU, douleur, inf**
- **Phéochromocytome, SHU**

Complications = retentissement viscéral

- **Encéphalopathie hypertensive, AVC**
- **OAP, dissection aortique, IDM, néphroangiosclérose**
- **Eclampsie** chez la femme enceinte
- **Rétinopathie hypertensive** : Kirkendall au FO
 - I = rétrécissement artériel
 - II = + hémorragies rétinienne, nodules cotonneux, exsudats secs
 - III = + **œdème papillaire** → surv simple (réversible)

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Anévrisme de l'aorte abdominale

ARTERIOPATHIE OBLITERANTE MEMBRES INFERIEURS

Clinique :

- **IPS < 0,9** = dg, en 1e int
- Classification OMS (ou Leriche et Fontaine) :
 - Ischémie **d'effort asympto** : · 1 : IPS < 0,9 ou abolition **pouls**
 - Ischémie **d'effort sympto** : · 2 : **claudication intermittente** douloureuse à l'effort → périmètre de marche
 - Ischémie **permanente C** : · 3 : **douleur de décubitus > 15j**
 - 4 : **troubles trophiques** (ulcère artériel, ischémie peau, gangrène)
- + PAScheville < 50 ou orteil < 30 ou TCPO2 < 30

EPC : (dg clinique)

- **Echo doppler artériel des MI + aorte abdo, TSAo +++**
- **Mesure transcutanée de la PO2** : N > 60 mmHg, si IPC
- Bilan FDRCV, intox tabac (RxT, EFR), cardio (ECG, ETT)
- Puis Artériographie pré-thérapeutique (+/- angioTDM)

- **§ Leriche** : claudication intermittente + DI fessière bilat + dysfonction érectile
- **Blue toe §** : - Migration cristaux cholestérol
 - Orteils pourpres, livedo reticularis
 - latrogène tjr (KT, ATCG, chir)

Etiologies :

- **Artériosclérose** 90 %
- **Vascularites** : Buerger, Takayasu, LED
- **Médiacalcose** (diabète stt) : IPS > 1,3

Traitement :

- PEC FDRCV : arrêt tabac, RHD
- Médicamenteux :
 - **AAP, Statines ++** (LDL < 0,7), **IEC**
 - Ttt vaso-actif dès stade 2
 - **Cl Bb** si IPC
- Kiné : **réadaptation CV à l'effort**
- **Revascularisation** :
 - après **échec 3 mois** ttt médical si stade 2 proximal invalidant
 - en U si **IPC**
 - Angioplastie ++
 - Chir : pontage, endartériectomie (IPC)
 - Puis Aspirine à vie + Clopidogrel 1 mois si stent nu ou 1 an si actif

ISCHEMIE AIGUE DES MEMBRES

Clinique = dg, < 15j

- **DI brutale MI, impotence fonctionnelle totale**, abolition **pouls**, membre **blanc et froid**
- Signes gravité : neuro, tbl trophiques, DI à pression, rhabdomyolyse

EPC : ne pas retarder la PEC

- **Artériographie** au bloc en U après bilan pré-op
- Retentissement : rhabdo = **CPK, lactates, LDH GDS** (acidose métabolique), **iono** (hyperK), **BR** (IRA)
- **ECG** (recherche FA, signes hyperK), ETT, FDRCV

Etiologies :

- Artère saine :
 - **Embolique** (FA ++, anévrisme VG, endocardite, CMD, plaque athérome, AAA)
 - **Thrombotique** : SAPL, TIH...
- Artère pathologique : **AOMI +++** (moins grave car mise en place réseau collatéral)

Traitement :

- Médical : - Hydratation, **antalgiques** (morphine) info risque d'amputation
 - ATCG : **HNF IVSE** Calciparine
- Chir U : **revascularisation** après artériographie = **embolectomie** sonde Fogarty ou pontage +/- aponévrotomie de décharge, amputation
- Au décours : AAP, Statine, AVK 6 mois

ANEVRYSME AORTE ABDOMINALE

Perte de parallélisme, diamètre > 1,5x amont soit > **3cm**

Clinique :

- **Masse épigastrique battante et expansive avec souffle**
+ Signe de De Bakey = sous-rénal (75 %)
- Douleur = complication : \$ fissuraire

EPC :

- **Echo doppler aorte abdo** = dg
- **AngioTDM pan-aortique** + (angioloRM si IR, Ø si choc) :
= référence, bilan autres localisations (poplité 30% associé)
- **Bilan pré-op** si chir :
 - Bilan hémostase et pré-transfu, éradication foyers inf
 - Respi : RxT, EFR, GDS (CI chir si VEMS < 30)
 - Doppler TSAo (ttt sténose carotidienne avant CEC), ECG, ETT, épreuve effort +/- coro

FDR : **Athérosclérose**, H, âge > 65 ans, FDRCV (HTA +++, Ø diabète), ATCD fam

Traitement :

- Pas d'indication chir :
 - Contrôle FDRCV, antiHTA = Bb
 - **Surveillance taille** : clinique + doppler /an ou /6 mois dès > 4cm
 - Education thérapeutique : cs en U si DI
- **Chir à froid** si > **5 cm** ou ↗ > **1cm /an**
- **Chir en U** si complication :
 - \$ **fissuraire**,
 - **Rupture** = choc
 - **Compression organe/VCI**
 - **Embolie** par thrombus intra-sacculaire
 - Mise à plat greffe
 - Endoprothèse si collet proximal > 2cm ou risque opératoire

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

Clinique : DI MI, œdème godet, chaleur, rougeur, mollet \nearrow 3cm
perte du ballonnement du mollet, signe de Homans

EPC : après ATCG

- Faible proba : **D-dimères** > 500 \rightarrow **Doppler veineux MI**
Forte proba : **Doppler V MI** (ou > 80 ans, chir, cancer, γ , ATCG)
= incompressibilité veine, manœuvre de chasse -, thrombus
- Recherche EP +++ : **ECG, GDS, RxT**
- Bilan de thrombophilie si < 60 ans + proximal ou récidivant, γ
recherche de cancer si > 40

Traitement : H° ssi terrain à risque ou contexte socio-éco

- Repos au lit, lever précoce à 24h d'ATCG
- **Bas de contention** 2 ans, arceau, antalgiques
- ATCG efficace : **HBPM** SC Enoxaparine Lovenox 100UI/kg x2/j,
Tinzaparine Innohep 175UI/kg/j
ou Fondaparinux 7,5mg/j ou HNF 500UI/kg/j si IR
- Relais **AVK** à J1 pour 3 mois, 6 mois si idiop, LC si récidive
ou HBPM si cancer ou Filtre cave inf si CI ATCG
Rivaroxaban si DFG > 60, Apixaban si DFG > 15

FDR : **Triade de Virchow**

- Hypercoagulabilité :
cancer, MIC, IC-IRE-IR, thrombophilie
- Stase veineuse : alitement, obésité,
âge > 65 ans, I veineuse, voyage > 6h
- Lésion pariétale :
Chir < 3 mois, POP, γ

+ ATCD MTEV

Surveillance :

- Plaquettes x2/sem 1 mois puis /sem
TCA si HNF
- INR J2-4 puis /sem puis /mois
- Doppler MI à 3 mois

EMBOLIE PULMONAIRE

Clinique :

- **DI basi-thoracique brutale, dyspnée** +/- hémoptysie
- **Fébricule, tachycardie**, examen pulmonaire N

EPC :

- U : - **ECG** : tachycardie sinusale/FA, surcharge VD = BDB D
rotation D, S1-Q3, T - en V1-V3 ou N svt
- **GDS** : effet shunt = hypoxémie-hypocapnie
(PaO₂ + PaCO₂ < 120mmHg)
- **RxT** : hyperclarté localisée, ascension coupole,
atélectasie en bande, infactus pulmo ou N svt
- Bilan pré-thérapeutique : NFS, BR, hémostase, groupage

\rightarrow Puis après ATCG :

- Si proba faible ou intermédiaire : **D-dimères**
(positif > 500 ou âge x 10 après 50 ans, bonne VPN)
- **AngioTDM pulmonaire** (scinti si IR mais CI OAP, BPCO)
Echo Doppler MI (TVP dans 50 % des cas)
- Si choc :
- **AngioTDM** si dispo en U
ou **ETT** (dilatation cavités D, septum paradoxal,
HTAP, élimine tampo) + **Echo MI**
- Bilan retentissement (**BNP, tropo**)

Score de Wells : 0-1 / 2-6 / \geq 7 (ou **Genève**)

- TVP clinique, \emptyset DD (3)
- ATCD EP ou TVP, chir < 3 mois, FC > 100 (1,5)
- Cancer < 6 mois, hémoptysie (1)

Traitement :

- H°, repos au lit, lever précoce à 24-48h ATCG
- **Bas de contention**, antalgiques, O₂
- ATCG : **HBPM** SC (HNF si IR) ou Fondaparinux
Relais **AVK** à J1 3 mois si provoquée, 6 mois si
idiopathique, LC si récidive ou FDR tjr présent
(HBPM LC si cancer)
ou Apixaban, Rivaroxaban selon DFG
si CI ATCG : embolectomie chir puis filtre cave
- Si **massif** = choc : réa, remplissage, dobu
- **Thrombolyse** ++ : rt-PA Altéplase
ou embolectomie chir + filtre cave si CI
- **HNF IVSE** (arrêt pendant thrombolyse)
puis relais **AVK** retardé à J2
- Dobutamine
- Surveillance bio idem TVP
ETT à 3 mois

Gravité : cœur D à l'ETT = STDVD/STDVG > 0,9, \nearrow diamètre artère pulmo + tropo et BNP élevés (score PESI)

225

Insuffisance veineuse chronique. Varices

Clinique = dg : **pesanteur, œdème, varices**EPC : **Echo Doppler veineux MI** (en pré-op)Traitement :

- **RHD** (marche, surélever jambes, Ø chaud)
- **Bas de contention** (Cl AOMI), veinotonique
- Echec/complication :
 - **Sclérothérapie**
 - Chir (**Stripping**, phlébectomie)
- Ttt des complications

Etiologies : 30 % population

- **Primitive** : favorisé par stase veineuse = ATCD fam, obésité, sédentarité, orthostatisme, constipation, γ, œstrogènes
- **Secondaire** : - **§ post-thrombotique**
- § compressif, malformations veineuses

Complications : • C : - **Dermite ocre, dermite atrophique**

- **Eczéma variqueux**
- **Ulcère veineux chronique**
- A : - **Rupture de varice**
- **Thrombose V superf** : cordon infl

228

Douleur thoracique

DOULEUR THORACIQUE

Etiologies : • 4 urgences : **Péricardite, IDM, EP, Dissection aortique**
+ PNP, PNO, pleurésie

- **Digestif** : RGO, spasme/rupture oesophagie, OGD, irradiation pathologie biliaire
- **Pariétale** : fracture côte, § Tietze, musculaire
- **Neuro** : **zona intercostal**
- **Anxiété** (dg d'élimination)

EPC : • **ECG 18 dérivations, RxT, GDS**
• **Tropo +/- D-dimères**

- **ST+** : péricardite, anévrisme VG, repolarisation précoce, SCA, spasme coronaire, § Brugada

DISSECTION AORTIQUE

Clinique : - **DI** intense **migratrice** dans le dos
- **Asymétrie** des pouls et de la PA, souffle d'IAo

FDR : - **HTA**

- **Marfan**, Ehler-Danlos
- Anévrisme de l'aorte thoracique

EPC : ne pas retarder la PEC

- **ECG** (N ou ST+ si dissection coronaire)
RxT : élargissement médiastin sup, double contour du bouton aortique, recherche hémithorax, hémopéricarde
- **AngioTDM** aortique ssi doute chez patient stable
- **ETT, ETO** au bloc sous AG après bilan pré-op : vrai et faux chenal, voile intimal = flapping, porte d'entrée → classification de Stanford

Traitement : **Cl ATCG !**

- **Type A** (atteinte aorte ascendante) :
 - Antalgiques, info mortalité > 80 %
 - Anti-HTA : **Bb** si Ø choc pour PAS 100-120
 - **Chir en U** sous CEC : **prothèse vasculaire +/- intervention Bentall** (avec réimplantation coronaires et remplacement valve aortique)
- **Type B** : **Anti-HTA** (Bb stt, IC) +/- Chir à froid

- **Paroxystique** : arrêt spontané <7j (svt <48h, puis crise polyurique)
- **Persistante** : > 7j
+/- récurrentes (non classable si 1er épisode)
- **Permanente** : > 1an (âgé, coronarien) ou ≥ 2 échecs cardioversion

EPC : - **ECG** : tachycardie irrégulière à QRS fins non sinusale (120-180 /min)
- **ETT** +/- ETO si stratégie de réduction
- **RxT** (cardiomégalie, recherche OAP)
- **Bio** : **iono** (K+), **TSH**

Etiologies :

- Cardiaque :
 - **Valvulopathies** (RM ++)
 - **CM** (hypertensive 1e cause +++)
 - **Chir cardiaque**
 - **Péricardite**,
 - **Cœur pulmonaire (EP)**
- **Hypokaliémie, hyperthyroïdie**
- Fièvre (PNP), OH, vagale, phéo, idiopathique svt

Traitement :

- **ATCG** : · **HNF** IVSE 500UI/kg/j, relais **AVK** à J1 puis à vie si **FDRTE**
 - Aspirine ou AVK poursuivit 1 mois si CHADS 1
 - Rien ou Aspirine si CHADS 0
- **Ralentissement FC : Bradycardisant** jusqu'à cardioversion
 - **Bb NCS** Propranolol ou IC bradycardisant si FEVG N
 - **Digoxine** ou Bb CS si FEVG < 35% ou choc
 - si FA permanente = acceptée : bradycardisant à vie
- **Cardioversion** sous ATCG : (CI Amiodarone si hyperthyroïdie)
 - CEE en U si mal toléré (CI OAP)
 - FA < 48h chez patient sans FDR TE : cardioversion rapide par **Flécaïne** si pas de cardiopathie (amiodarone sinon)
 - FA > 48h :
 - Sous 24h après ETO pour éliminer un thrombus
 - Après 3 sem d'ATCG
 - **Amiodarone** PO dose de charge en 1e intention
 - **CEE** sous AG + Amiodarone si mal toléré ou échec (arrêt Digox)
- **Prévention récidives = anti-arythmique** : au décours, Ø si 1e crise
 - ssi FA paroxystique **récidivante** ou **persistante** réduite :
 - **Flécaïne** si Ø cardiopathie
 - **Bb CS** Sotalol si coronarien
 - **Amiodarone** si IC ou si échec (Rx-fréquence si 2e échec)
- Ttt étiologique (avant d'essayer la cardioversion si cause curable), éducation AVK (NACO ssi non valvulaire)

FDR thrombo-embolique :

- FA valvulaire
- CHADS-VASc ≥ 2 : IC, HTA, Age > 65, Diabète, Stroke (2), Vasculopathie, Age > 75, Sexe F
- IC et **OAP**, récidive, iatrogène
- Maladie rythmique de l'oreillette (BSA + FA)