

Insuffisance Cardiaque Chez Les Patients En Fibrillation Atriale

Nadia BOUDOUCHE ; Siham SLAOUTI

Service de Cardiologie, CHU de Mostaganem., Université Abdelhamid BENBADIS,
Mostaganem, .Algérie

Auteur correspondant : Nadia Boudoucha, CHU Mostaganem, Faculté de Medecine, Université
Abdelhamid BENBADIS, Mostaganem, .Algérie

Reçu : 18 Mars 2026 **Accepté :** 26 Avril 2026 **Publié :** 1er Mai 2026

Citation : Nadia BOUDOUCHE ; Siham SLAOUTI. *Insuffisance Cardiaque Chez Les Patients En Fibrillation Atriale.. JMSP Vol.2 Numero 1*

ABSTRACT

Introduction : L'insuffisance cardiaque et la fibrillation atriale (FA) forment un couple pathologique redoutable dont la prévalence croît avec le vieillissement de la population. Elles représentent un défi majeur pour les systèmes de santé.

Objectif principal : Etudier les caractéristiques des patients en fibrillation atriale en cas d'insuffisance cardiaque.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive, prospective et monocentrique

Résultats : 50.6 % de patients sont de sexe féminin ; l'âge moyen est de 65.37 +/-14.18 ans. Les patients insuffisants cardiaques et en FA représentent 21.70 % des cas. La FA est paroxystique dans 10.5 % des cas. La sédentarité, l'hypertension artérielle ainsi que le diabète type 2 (p= 0.01, 0.74 ; 0.001 respectivement) sont les facteurs de risque les plus fréquents. Les valvulopathies sont retrouvées (p= 0.0001) suivies des cardiomyopathies dilatées (p=0.0001) et ischémiques (p= 0.05). Parmi ces patients, 31.5 % sont hospitalisés (p= 0.001).

Conclusion : La prise en charge des facteurs de risque et des cardiopathies chez les patients souffrant de FA peut potentiellement prévenir l'insuffisance cardiaque.

Mots clés : Insuffisance cardiaque, fibrillation atriale, facteurs de risque, cardiopathies.

INTRODUCTION-EPIDÉMIOLOGIE

La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme cardiaque soutenu le plus fréquent au monde. Sa prévalence est de 1 à 2 % dans la population générale et augmente avec l'âge et la présence croissante de facteurs de risque cardiovasculaires. Elle atteint 10 % après 80 ans. L'insuffisance cardiaque (IC) augmente dans la population générale, notamment avec le vieillissement. Ces deux affections coexistent fréquemment : d'une part, la FA peut précipiter ou aggraver une IC par la perte de la systole atriale, une tachycardie soutenue (cardiomyopathie rythmique) et une réduction du débit cardiaque ; d'autre part, l'IC favorise l'apparition et la pérennisation de la FA par dilatation des cavités atriales ; élévation des pressions de remplissage et activation neuro-hormonale. Elles entraînent un risque accru d'accident vasculaire cérébral, d'hospitalisation, de morbidité. Elles représentent un défi majeur pour les systèmes de santé. En Algérie, une enquête multicentrique rétrospective de 2006, la FA est non valvulaire dans 62 % des cas après l'âge de 62 ans. Par ailleurs, un million de patients souffrent d'insuffisance cardiaque dont 20 % sont hospitalisés. Le profil épidémiologique des deux maladies est presque identique. La fibrillation atriale (FA) et l'insuffisance cardiaque (IC)

entretiennent une relation causale bidirectionnelle bien établie. D'une part, la FA peut précipiter ou aggraver une IC par la perte de la systole atriale, une tachycardie soutenue (cardiomyopathie rythmique) et une réduction du débit cardiaque. D'autre part, l'IC favorise l'apparition et la pérennisation de la FA par dilatation des cavités atriales ; élévation des pressions de remplissage et activation neuro-hormonale. Causées par des facteurs de risque similaires tels que l'hypertension, le diabète, l'obésité, les maladies coronariennes. Elles présentent également des étiologies similaires telles que les cardiomyopathies et cardiopathies valvulaires. La FA et l'IC ont souvent tendance à coexister

L'objectif de l'étude : est celui d'étudier les caractéristiques des patients en insuffisance cardiaques et porteurs d'une fibrillation atriale.

Matériels et méthodes : Etude descriptive, prospective et monocentrique en vue de recueillir les caractéristiques démographiques, les facteurs de risque ainsi que les données cliniques des patients adultes consultant au service de cardiologie du CHU Bénimessous et présentant une arythmie par fibrillation atriale (FA) documentée par un électrocardiogramme de surface (ECG) ou par un enregistrement Holter ECG /24H]

Résultats : L'insuffisance cardiaque (IC) est associée à une fibrillation atriale (FA) dans 21.70 % des 336 patients de l'étude dont 49 % sont des hommes versus 51 % de femmes ($p=0.94$) ; l'âge moyen en IC est de 65.37 ans +/-14.18 ans versus 61,78 ans +/-14.37 ans sans IC ($p=0.055$). Le reste des résultats (voir tableau 1).

Tableau 1 : comparatif des paramètres cliniques des patients avec IC versus sans IC

Note : Les résultats en vert sont statistiquement significatifs ($p < 0,05$).

Paramètre	FA + IC	FA sans IC	p	Sig.
FA paroxystique	10,5 %	25,6 %	0,003	Oui
Facteurs de risque cardiovasculaire				
Diabète	47,9 %	27,3 %	0,001	Oui
Dyslipidémie	15,6 %	26,2 %	0,047	Oui
Sédentarité	91,7 %	78,7 %	0,01	Oui
HTA	56,1 %	53,9 %	0,742	Non
Tabagisme	15,1 %	13,6 %	0,764	Non
Obésité	23,2 %	22,1 %	0,48	Non
Cardiopathies sous-jacentes				
Valvulopathies	73,3 %	46,7 %	< 0,0001	Oui
Cardiopathies ischémiques	27,3 %	13,1 %	0,05	Oui
Cardiomyopathies dilatées	32,8 %	12,5 %	< 0,0001	Oui
Complications				
OAP	42,4 %	15,2 %	< 0,0001	Oui

Paramètre	FA + IC	FA sans IC	p	Sig.
Hospitalisations pour IC	31,5 %	14,4 %	0,001	Oui
AVC	5,4 %	13,3 %	0,065	Non
Insuffisance rénale sévère	2,6 %	7,9 %	0,19	Non
*Données échocardiographiques				
Oreillette gauche dilatée	25,8 %	75,4 %	0,032	Oui
Diamètre OG moyen	49,07 mm	45,6 mm	0,002	Oui
Ventricule gauche dilaté	47,9 %	22,4 %	< 0,0001	Oui
Fraction d'éjection ≤ 40 %	21,9 %	8,3 %	0,005	Oui
Traitements				
Antivitamines K	90,4 %	82,1 %	0,088	Non
Aspirine	9,5 %	12,9 %	0,044	Oui
Bêtabloquants	60,2 %	60,1 %	0,976	Non
IEC	46,5 %	36,8 %	0,133	Non
Diurétiques de l'anse	80,8 %	40,6 %	< 0,0001	Oui
Spironolactone	30,1 %	7,9 %	< 0,0001	Oui

DISCUSSION

Le taux de 21,70 % d'insuffisance cardiaque dans la population d'étude se situe dans la fourchette basse-intermédiaire des données publiées. Dans les grands essais cliniques, la prévalence de la FA chez les patients en IC varie entre 13 et 50 %, selon la sévérité de la maladie. L'EuroHeart Failure Survey a retrouvé une FA chronique chez 23 % des 11 327 patients en IC étudiés. L'absence de différence significative entre les deux sexes dans notre cohorte ($p = 0,94$) est un résultat notable. L'équilibre femme/homme pourrait traduire un profil différent d'IC (plus de formes à FE préservée) ou une population à recrutement mixte. La littérature suggère une légère prédominance masculine pour la FA, mais cette tendance s'estompe dans le contexte de l'IC. Ce résultat contraste avec certaines études maghrébines comme celle de Rabat, où les patients insuffisants cardiaques étaient plus des hommes (72 %), avec une sex-ratio à 2,5. La FA paroxystique est significativement moins fréquente chez les patients avec IC ($p = 0,003$), ce qui traduit un remodelage atriale plus avancé favorisant la chronicisation de la FA dans ce groupe.

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire, trois différences significatives se dégagent : Le diabète est nettement plus fréquent ($p = 0,001$) et favorise la dysfonction diastolique et la cardiomyopathie diabétique, constituant un substrat direct d'IC ; la sédentarité est très élevée dans les deux groupes mais plus marquée chez les patients avec IC ($p = 0,01$), aggravant le déconditionnement cardiorespiratoire et la progression de l'IC ; la dyslipidémie est paradoxalement moins fréquente chez les patients avec IC ($p = 0,047$), ce qui pourrait refléter une prise en charge thérapeutique plus intensive dans ce groupe du fait de la fréquence du

diabète et des cardiopathies ischémiques ou d'un biais de sélection. L'HTA, le tabagisme et l'obésité ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes, suggérant qu'ils contribuent à la FA indépendamment de l'IC.

Les valvulopathies sont prédominantes ($p < 0,0001$), avec une origine rhumatismale plus fréquente. Les valvulopathies mitrales en particulier génèrent une surcharge de pression et de volume de l'OG, favorisant à la fois la FA et l'IC. Les cardiopathies ischémiques ($p = 0,05$) et les cardiomyopathies dilatées ($p < 0,0001$) sont significativement plus fréquentes dans le groupe IC, reflétant une dysfonction systolique plus sévère et une IC à fraction d'éjection réduite (ICFEr).

L'OAP est plus fréquent, compliquant une tachFA ($p=0.0001$) en raison du rythme ventriculaire rapide et l'élévation brutale des pressions de remplissage témoignant de la sévérité de la décompensation cardiaque. Les hospitalisations pour IC sont également plus fréquentes ($p = 0,001$), avec un impact majeur sur la qualité de vie et les ressources de santé. Les AVC ne montrent pas de différence significative ($p= 0,065$), bien qu'une tendance soit observée. L'absence de significativité peut être liée à une anticoagulation plus systématique dans le groupe IC (90,4 % sous AVK).

En échocardiographie : La dilatation de l'oreillette gauche (OG) est paradoxalement moins fréquente en proportion chez les patients avec IC ($p = 0,032$). Cependant, la comparaison des diamètres moyens révèle que l'OG est objectivement plus grande dans le groupe IC ($p = 0,002$), reflétant un remodelage atrial plus avancé. Cette apparente contradiction peut s'expliquer par une distribution hétérogène des cardiopathies sous-jacentes ou des seuils de définition variables.

La dilatation du ventricule gauche (VG) est significativement plus fréquente chez les patients avec IC ($p < 0,0001$), en cohérence avec la prévalence élevée de cardiomyopathies dilatées (32,8 %) et de cardiopathies ischémiques (27,3 %) dans ce groupe. La fraction d'éjection du VG ≤ 40 % est plus fréquente dans le groupe IC ($p = 0,005$), confirmant la présence d'une IC à fraction d'éjection réduite (ICFEr). Ces patients bénéficient des IEC/ARA2, bêta-bloquants, antagonistes de l'aldéostérone et des inhibiteurs du SGLT2 selon les recommandations actuelles.

CONCLUSION :

Cette étude met en évidence que les patients FA avec IC constituent un groupe à plus haut risque, caractérisé par une plus grande prévalence de cardiopathies structurelles, une FA plus souvent chronique, un remodelage cardiaque bi-cavitaire significatif à l'échocardiographie, une morbidité importante (OAP, hospitalisations) et un traitement plus intensif. La prise en charge doit être multidisciplinaire, ciblant le contrôle du rythme/fréquence, le traitement étiologique et la prévention des décompensations. Le contrôle des facteurs de risque modifiables (diabète, sédentarité) représente un levier thérapeutique majeur dans les deux groupes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Wann LS, Curtis B, Ellenbogenk A, et al. ACCF/AHA/ Focused Updates Incorporated Into the ACCC/AHA/ESC. Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: A. Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2006. Developed in partnership with the European Society of Cardiology and in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society .Circulation 2011; 123; e269-e367.
2. Kannel WB et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. Am J Cardiol. 1998;82(8A):2N–9N.
3. Dries DL, Exner DV, Gersh BJ, Domanski MJ, et al .Atrial fibrillation is associated with an increased risk for mortality and heart failure progression in patients with asymptomatic and symptomatic left ventricular systolic dysfunction: a retrospective analysis of the SOLVD trials. Studies of left ventricular dysfunction. J Am Coll Cardiol. 1998;32(3):695–703.
4. Chentir MT, et al. Enquête multicentrique algérienne sur la Fibrillation Auriculaire. 9ème Congrès de Cardiologie Maghrébin, Alger, 2006. Abstract.
5. M.Krim. Insuffisance cardiaque : Etude Algérienne 2015
6. Chaib Karima, Hocini nabilla ; Boutadara Mebarek-Thèse de l'Université AbouBakr Belkaid Tlemcen ; 2015Aboubakr
7. Brembilla-Perrot B. Fibrillation auriculaire. Encycl. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Cardiologie, 11-034-A-10, 2002.
8. Tsang TS, Barnes ME, Miyasaka Y, Cha SS, Bailey KR, Verzos GC, Seward JB, Gersh BJ. Obesity as a risk factor for the progression of paroxysmal to permanent atrial fibrillation: a longitudinal cohort study of 21 years. Eur Heart J. 2008 Sep; 29(18):2227-33.
9. Bouzelmat H., Benelmakki A., Kheyi J., Chaib A. Prise en charge de la fibrillation atriale au Maroc. expérience monocentrique de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V. Journal Marocain des Sciences Médicales. 2015, Tome XX ; N°2.
10. Thèse Université Alger 1 : Les facteurs de risque de la fibrillation atriale chez les patients observés dans le service de cardiologie du chu BeniMessous. N.Boudoucha ; 2017
11. Komajda et al. — EuroHeart Failure Survey, Part 2 : traitement (Eur Heart J, 2003)
12. Wang et al. — Framingham Heart Study, relations temporelles FA/IC (Circulation, 2003)
13. Nieuwlaat et al. — Euro Heart Survey on AF, gestion combinée FA + IC (JACC, 2009)
14. Lip et al. — EURObservational Research Programme, FA dans l'IC en Europe (Eur J Heart Fail, 2015)
15. Santhanakrishnan et al. — FA et IC se précèdent mutuellement, Framingham (Circulation, 2016)
16. Verhaert et al. — Interaction bidirectionnelle FA ↔ IC (Europace, 2021)