

PRESENTAZIONE

Con il presente numero si inizia la pubblicazione delle iniziative di “consensus” tra professionisti sulle principali patologie.

Non mancano certo pubblicazioni prestigiose e linee guida internazionali già codificate su queste problematiche.

Quello che è sempre mancato sino ad ora è la loro traduzione pratica nella nostra realtà e la condivisione fra tutti i professionisti interessati al trattamento del caso.

Va espressa pertanto gratitudine alle società scientifiche che si sono impegnate alla condivisione di questa impostazione e che hanno cercato di rendere il lavoro semplice e pratico.

L'obiettivo che ci siamo posti è quello di fornire ai cittadini il migliore approccio disponibile nel nostro territorio regionale in modo omogeneo e concordato tra le diverse specialità

Come ogni nuova iniziativa anche questa non può essere priva di difetti.

Chiediamo pertanto suggerimenti, critiche e consigli per poterci migliorare dichiarando la nostra disponibilità a proseguire su questa strada con quei professionisti e con quelle società scientifiche che condivideranno con noi questa scelta.

*Il Direttore generale
dell'Agenzia Regionale della Sanità
Gino Tosolini*



<http://www.sanita.fvg.it>

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale

FIBRILLAZIONE ATRIALE

**PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI CONDIVISI
PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED OSPEDALIERI
IN FRIULI VENEZIA GIULIA**

Agenzia Regionale della Sanità

FIBRILLAZIONE ATRIALE

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI CONDIVISI PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED OSPEDALIERI IN FRIULI VENEZIA GIULIA

GRUPPO DI LAVORO:

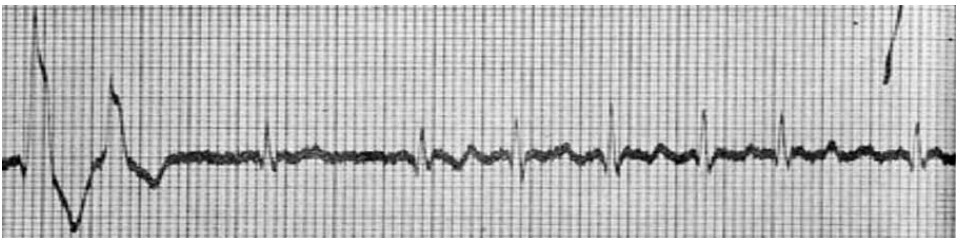
Dr Enzo Barducci
Dr Donato Caliandro
Dr.ssa Anna Linda Cuzzato
Dr.ssa Maria Antonietta Iacono
Dr Paolo Pillinini
Dr Alessandro Proclemer
Dr Valentino Moretti
Dr Romano Paduano
Prof Gianfranco Sinagra

In rappresentanza delle Associazioni del Friuli Venezia Giulia:

- A.N.M.C.O. (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
- F.A.D.O.I. (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti)
- S.I.M.E.U. (Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza)
- S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale)

Pulsus Inaequalis et Irregularis

Einthoven W. Le télécardiogramme. Arch Int Physiol 1906;4:132-164.



Fye W. N Engl J Med 2006;355:1412-1414

INTRODUZIONE

La fibrillazione atriale (F.A.) è l'aritmia sostenuta più frequente nella pratica clinica. La prevalenza della F.A. nella popolazione generale è dello 0.5-1% e pur essendo relativamente bassa tra i giovani, aumenta con l'avanzare dell'età: 4.8% tra i 70 e 79 anni, 8.8% tra 80 e 89 anni. Si può quindi calcolare che in Italia le persone affette da F.A. siano tra 285.000 e 570.000. In Friuli Venezia Giulia tra 60.000 e 120.000. Negli ultimi anni vi è stato un notevole sviluppo delle possibilità terapeutiche sia farmacologiche che ablative.

Questo documento è derivato da un lavoro di gruppo che ha fatto riferimento alle recenti linee guida italiane (AIAC) ed internazionali (ACC/AHA/ESC) pubblicate nel 2006. La "condivisione" dei percorsi diagnostico terapeutici, in alcuni passaggi, ha tenuto conto anche della pratica clinica e dell'organizzazione del Servizio Sanitario nella nostra Regione.

Classificazione

Fibrillazione atriale parossistica: si interrompe spontaneamente entro 7 giorni, per lo più entro 24-48 ore

Fibrillazione atriale persistente: l'aritmia non si interrompe spontaneamente ma solo con interventi terapeutici, generalmente di durata superiore a 7 giorni

Fibrillazione atriale permanente o cronica: forma nella quale non sono stati eseguiti tentativi di cardioversione o non hanno avuto successo per mancato ripristino dell'aritmia o per immediata recidiva.

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO IN CASO DI SOSPETTA F.A. DA PARTE DEL MMG

1. in caso di soggetto sintomatico: invio urgente al Pronto Soccorso o visita cardiologica urgente.

2. in caso di soggetto asintomatico o paucisintomatico

A) Se la sospetta F.A. è di durata < 48 ore: ECG ed eventuale valutazione cardiologica entro 24 ore (considerare che l'eventuale cardioversione senza anticoagulazione deve essere effettuata entro 48 ore dall'esordio della F.A.)

B) Se la sospetta F.A. è di durata > 48 ore o l'epoca di insorgenza è sconosciuta: il MMG richiede un ECG per la conferma della F.A., indi si consiglia di:

- avviare gli accertamenti iniziali: esami ematochimici (inclusa la funzionalità tiroidea)
- iniziare la terapia anticoagulante orale (se non sono presenti controindicazioni)
- iniziare la terapia per il controllo della frequenza: Ca-antagonisti (verapamil/diltiazem), betabloccanti, digitale
- programmare Rx torace
- inviare a visita cardiologica:
 - fascia A (entro 10 giorni): pazienti che con probabilità verranno sottoposti a CVE (di regola non si considerano candidati per la CVE pazienti al di sopra degli 80 anni biologici)
 - fascia B (entro 60 giorni): pazienti non candidati a CVE che necessitano di inquadramento diagnostico e impostazione o aggiustamento della terapia per il controllo della frequenza.

STRATEGIE TERAPEUTICHE PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN PRONTO SOCCORSO O IN REPARTO OSPEDALIERO

In presenza di F.A. esistono due atteggiamenti : controllo del ritmo con tentativo di ripristino del ritmo sinusale e controllo della frequenza ventricolare.

La prima scelta comporta una miglior qualità di vita, ma richiede maggiori controlli e risorse; la seconda si dimostra più semplice e nella maggioranza dei casi efficace

Comportamento di fronte a un paziente con F.A.

• **Attesa**

Aritmia emodinamicamente tollerata che sia insorta recentemente (non oltre le 24-48 ore) – considerando che il 50% delle forme parossistiche regredisce spontaneamente entro 48 ore.

• **Cardioversione farmacologia**

F.A. parossistica che non evolve spontaneamente in RS se i tempi per il rischio embolico lo permettono

Farmaci: Propafenone – Flecainide – Sotalolo – Amiodarone

• **Cardioversione elettrica**

F.A. con compromissione emodinamica

Dopo trattamento farmacologico inefficace

Nella F.A. persistente dopo adeguata anticoagulazione

• **“Pill in the pocket”**

F.A. parossistica in paziente senza profilassi antiaritmica , preferibilmente giovani, con recidive non frequenti, senza cardiopatia importante sottostante – effettuabile previa valutazione della sicurezza del farmaco in ambito specialistico

Flecainide (cpr) 300 mg (per >70 kg peso) o 200 mg (per < 70 kg peso)

Propafenone (cpr) 600 mg (per > 70 kg peso) o 450 mg (per < 70 kg peso)

• **Controllo della frequenza ventricolare**

F.A. di lunga durata (> 1 anno)

Multiple cardioversioni già eseguite

Frequenti recidive nonostante profilassi

Cardiopatia severa

Cattiva compliance per i farmaci antiaritmici

Rischio *proaritmico* dei farmaci antiaritmici

Verapamil – Diltiazem – Beta bloccanti – Digitale

Norme di profilassi antiaritmica

1. Appare fondamentale trattare al meglio la cardiopatia di base e correggere le cause reversibili, evitando quelle che vengono considerate condizioni "trigger".
2. La scelta della profilassi antiaritmica deve essere individualizzata sulla base delle caratteristiche cliniche:

Caratteristiche cliniche	Antiaritmici di prima scelta
F.A. idiopatica	Flecainide Propafenone Sotalolo
Cardiopatia ipertensiva	Sotalolo Flecainide Propafenone Amiodarone (se disfunzione ventricolare)
Cardiopatia ischemica	Sotalolo Amiodarone
Cardiomiopatia ipocinetica	Amiodarone
F.A. vago-mediata	Flecainide Chinidina Disopiramide
F.A. simpatico-mediata	Sotalolo Altri beta bloccanti
Sindrome di WPW	Flecainide Propafenone

NOTE PRATICHE:

Il paziente trattato efficacemente (CVE o farmacologica) per la prima volta per un episodio di fibrillazione atriale non necessita generalmente di una profilassi antiaritmica delle recidive. Nel paziente trattato con CVE elettiva, dopo adeguata terapia anticoagulante di 3 settimane, è consigliabile l'assunzione di una terapia antiaritmica pre cardioversione (es: flecainide o propafenone almeno 48 ore prima della procedura) da continuare per 3-6 mesi dopo il ripristino del RS. Nei pazienti con F.A. parossistica di età maggiore di 65 anni è frequente la coesistenza di una malattia seno atriale. Per la profilassi antiaritmica è utile valutare la FC a riposo che, se inferiore a 50/m,' deve far porre attenzione all'uso di farmaci dotati di effetto cronotropo negativo.

RACCOMANDAZIONI PER LA PROFILASSI TROMBOEMBOLICA NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NON VALVOLARE

1. Fibrillazione atriale parossistica (< 48 ore)

La cardioversione può essere eseguita senza anticoagulazione o - se non controindicazioni - con eparina non frazionata o eparina bpm a dosi piene

La necessità di anticoagulazione prima e dopo la CVE si può basare sul rischio embolico del paziente

2. Fibrillazione atriale persistente

Nel paziente candidato a CVE: la terapia anticoagulante orale (TAO) va eseguita per almeno 3 settimane con INR in range terapeutico e comunque > a 2.

Dopo la CV la terapia va proseguita per 4 settimane mantenendo sempre l'INR fra 2 e 3. La sospensione della TAO dopo le 4 settimane va valutata dal cardiologo di riferimento in base alla stabilità del ritmo e al rischio tromboembolico del singolo paziente.

3. Fibrillazione atriale cronica

La profilassi tromboembolica è raccomandata per tutti i pazienti con FA, eccetto quelli con FA isolata ("lone AF" per definizione di età inferiore a 65 anni). L'indicazione alla TAO nei pazienti in fibrillazione atriale cronica o parossistica recidivante va valutata in base alla stratificazione del rischio tromboembolico. Sono stati proposti vari schemi tra i quali il CHADS2 (Cardiac failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke) integra elementi di vari studi precedenti e si basa su un punteggio nel quale 2 punti sono assegnati per una storia di pregresso stroke o TIA e 1 punto per ciascuno degli altri fattori: recente scompenso cardiaco, storia di ipertensione arteriosa, età > di 75 aa, diabete.

Rischio alto Punteggio CHADS2 > 0 = 2	Punti 2: rischio stroke/anno 4% (3.1-5.1) (95% CI) Punti 3: " 5.9% (4.6-7.3) Punti 4: " 8.5% (6.3-11.1) Punti 5: " 12.5% (8.2-17.5) Punti 6: " 18.2% (10.5-27.4)
Rischio intermedio Punteggio = 1	Punti 1: rischio stroke/anno 2.8% (2.0-3.8)
Rischio basso Punteggio = 0	Punti 0: rischio stroke/anno 1.9% (1.2-3.0)

Paziente a rischio alto:	terapia anticoagulante orale (INR range 2-3)
Paziente a rischio intermedio:	ASA (100- 325 mg/die) o TAO (INR range 2-3)
Paziente a rischio basso:	ASA (100-325 mg/die) o nulla

In ogni singolo paziente in cui si pensi di instaurare una TAO va preventivamente considerato il rischio emorragico. Le emorragie maggiori o minori sono le complicanze più importanti della TAO ed in particolare il rischio di emorragia cerebrale risulta aumentato di 7-10 volte.

RISCHIO EMORRAGICO IN CORSO DI TAO

Fattori intrinseci del paziente	Età avanzata Scarsa compliance Ipertensione arteriosa non controllata Precedenti stroke/TIA Neoplasie Recente infarto miocardico Cadute ricorrenti Sanguinamenti gastrointestinali Insufficienza renale cronica (creatinina >1.5mg/dl)
Fattori relativi al trattamento	Variabilità dell'anticoagulazione Adeguatezza del follow up
Interferenze farmacologiche e alimentari	A) Aumentano l'attività dei dicumarolici: antibiotici (tetraciline, Co-trimoxazolo, eritromicina) amiodarone, androgeni, cimetidina, clofibrato, disulfiram, , fluconazolo, fluoxetina, glucagone, metronidazolo, salicilati, fenilbutazone, tamoxifene, orm.tiroideo, sulfpirazone, assunzione acuta di alcol. B) Diminuiscono l'attività dei dicumarolici: Erba di San Giovanni (Hypericum perforatum), barbiturici, cloralio idrato, meprobramato, griseofulvina, contraccettivi, reserpina (per brevi periodi)

Controindicazioni assolute alla TAO sono: gravidanza (primi 3 mesi e ultime 6 settimane), recente emorragia (1 mese). *Controindicazioni relative:* non compliance, alcolismo grave, grave insufficienza epatica

GESTIONE DELLA TAO (questa tabella, pur riferendosi a dati della letteratura è stata adattata ai valori forniti dai laboratori regionali ed al consenso del gruppo di lavoro).

Range terapeutico dell' INR tra 2 e 3	Determinazione INR almeno 1volta /settimana all'inizio, 1volta / mese quanto i valori sono stabilizzati
INR 3.1-3.5	Non vi è necessità di ridurre la dose del farmaco
INR 3.6-5	Ridurre la dose e ricontrollare l'INR a breve
INR 5.1-9 senza segni di emorragia	- Sospensione dell'anticoagulante per 2 giorni; controllo INR e, al raggiungimento del range, ripresa della TAO a dose ridotta. - Come sopra + vit.K x os 2,5 mg
INR > 9 senza segni di emorragia o in ogni caso di emorragia grave	Invio al Pronto Soccorso

NB: nei pazienti con fibrillazione atriale che **non** hanno protesi valvolari meccaniche (e **non** hanno avuto eventi embolici negli ultimi due mesi) è ragionevole interrompere la terapia anticoagulante fino a una settimana senza sostituirla con eparina per procedure chirurgiche o diagnostiche che comportino rischio di emorragie (Raccomandazione di classe IIa livello di evidenza C).

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE REFRATTARIA

I pazienti refrattari al trattamento farmacologico antiaritmico possono trarre vantaggio da una strategia terapeutica interventistica di tipo curativo (isolamento elettrico delle vene polmonari) o palliativo (ablazione della giunzione atrio-ventricolare ed impianto di pacemaker).

La prima strategia è andata affermandosi in misura crescente negli ultimi anni, mentre la seconda strategia è attuata da circa 15 anni.

Raccomandazioni per il trattamento della fibrillazione mediante ablazione transcatetere

Classe I

1. Pazienti non anziani con fibrillazione atriale parossistica/persistente, frequentemente recidivante, refrattaria alla terapia farmacologia, non legata a causa transitoria o eliminabile, e responsabile di sintomi importanti che compromettono significativamente la qualità di vita.

Classe II

1. Pazienti non anziani con fibrillazione atriale cronica refrattaria alla terapia farmacologia, non legata a causa transitoria o eliminabile, e responsabile di sintomi importanti che compromettono significativamente la qualità di vita.

Pazienti con fibrillazione atriale parossistica/persistente o fibrillazione atriale cronica in cui la comparsa e la persistenza dell'aritmia comportano un significativo peggioramento della funzione di pompa del cuore, nonostante adeguata terapia farmacologia per controllare la frequenza ventricolare e l'insufficienza cardiaca.

2. Pazienti anziani con fibrillazione atriale parossistica/persistente, frequentemente recidivante, refrattaria alla terapia farmacologia, non legata a causa transitoria o eliminabile, e responsabile di sintomi importanti che compromettono significativamente la qualità di vita.

Raccomandazioni per il controllo della risposta ventricolare mediante Ablate and Pace

Classe I

1. Pazienti anziani con fibrillazione atriale parossistica/persistente o fibrillazione atriale cronica refrattaria alla terapia farmacologia, responsabile di sintomi severi.

2. Pazienti anziani affetti da malattia del nodo del seno tipo bradi-tachi, già portatori di pacemaker con episodi sintomatici frequenti di fibrillazione atriale ad alta frequenza ventricolare, non sensibile al trattamento farmacologico.

Classe II

1. Pazienti anziani con fibrillazione atriale parossistica/persistente o fibrillazione atriale cronica con cardiomiopatia tachiaritmica.

2. Pazienti anziani affetti da malattia del nodo del seno tipo bradi-tachi con indicazione all'impianto di pacemaker ed episodi sintomatici frequenti di fibrillazione atriale ad alta frequenza ventricolare, non sensibile al trattamento farmacologico.

Articoli consigliati:

- 1) Linee guida AIAC 2006 sul trattamento della fibrillazione atriale. GIAC 9 gennaio 2006; 1: 1-71
- 2) Care of patients receiving long-term anticoagulant therapy. N Engl J Med 2003; 349:675-83
- 3) ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with atrial fibrillation – executive summary. Eur Heart J 2006; 27:1979-2030 (aug 15, 2006)
- 4) Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation: the Seventh ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic Therapy. Chest 2004; 126; 429S-456S
- 5) Management of Newly Detected Atrial Fibrillation: A Clinical Practice Guideline from the American Academy of family Physicians and the American College of Physicians. Ann Intern Med 2003; 139:1009-1017

Finito di stampare
nel mese di gennaio 2007
presso la Lithostampa
di Pasian di Prato (Ud)