

## 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:

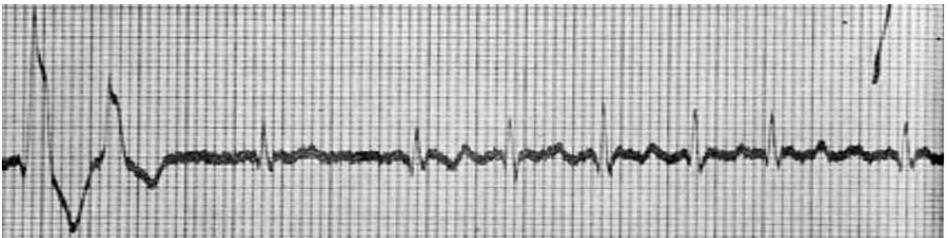
Dr Enzo Barducci  
Dr Donato Caliandro  
Dr.ssa Anna Linda Cuzzato  
Dr.ssa Maria Antonietta Iacono  
Dr Paolo Pillinini  
Dr Alessandro Proclemer  
Dr Valentino Moretti  
Dr Romano Paduano  
Prof Gianfranco Sinagra

### *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:

<b>Caratteristiche cliniche</b>	<b>Antiaritmici di prima scelta</b>
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, sulfonpirazone, assunzione acuta di alcol. B) Diminuiscono l'attività dei dicumarolici: Erba di San Giovanni ( <i>Hypericum perforatum</i> ), 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 <b>almeno</b> 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)