

FIBRILLAZIONE ATRIALE (LINEE GUIDA ESC 2010)

CLASSIFICAZIONE

1. **FA PAROSSISTICA**: si autolimita generalmente entro 48 h (ma potrebbe continuare anche per 7 giorni);
2. **FA PERSISTENTE**: persiste da più di 7 giorni o per cessare necessita di cardioversione;
3. **FA PERSISTENTE "LONG STANDING"**: dura da oltre 1 anno nel momento in cui si decide di adottare una strategia del controllo del ritmo;
4. **FA PERMANENTE**: cronica

CHADs-VASc SCORE

Serve per la stratificazione del rischio di stroke e tromboembolie in pz non affetti da valvulopatie

Fattori di rischio	punteggio
Scompenso cardiaco/ Disfunzione VS	1
Ipertensione arteriosa	1
Età ≥ 75 aa	2
Diabete mellito	1
Pregressi ictus /TIA/ tromboembolie	2
Patologie cardiovascolari	1
Età tra 65-44 anni	1
Sesso femminile	1

Totale: 0 = basso rischio; 1= rischio intermedio; ≥ 2 = alto rischio

Fattori di rischio maggiori per stroke:

- pregresso Stroke, TIA o tromboembolie
- età ≥ 75 anni
- valvulopatie con FA

Fattori di rischio non maggiori ma clinicamente rilevanti:

- Scompenso cardiaco (soprattutto se $FE \leq 40\%$)
- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Sesso femminile
- Età tra 65-74 aa
- Patologie cardiovascolari

TROMBOPROFILASSI IN PZ CON FA

Categoria di rischio	CHADS-VASc score	terapia
1 fattore di rischio maggiore o almeno 2 fattori di rischio non maggiori	≥2	TAO
1 fattore di rischio non maggiore	1	TAO o ASA (75-325 mg/die). Preferire TAO
NO fattori di rischio	0	ASA (75-325 mg/die) o nessuna terapia. Preferire nessuna terapia

RISCHIO DI SANGUINAMENTO

Caratteristiche cliniche	Punteggio
PAS > 160 mmHg	1
Insufficienza renale (dialisi o trapianto renale o creatinina ≥ 200 micromoli /l)	1
Funzione epatica anormale	1
Pregressi sanguinamenti o predisposizione al sanguinamento	1
INR instabile/alto	1
Età > 65 anni	1
Pregresso ictus	1
Uso di farmaci (FANS) o abuso di alcool	1 (ciascuno)

Totale ≥ 3 alto rischio di sanguinamento

Gestione TAO in casi particolari:

- La TAO va sospesa circa 5 giorni prima di un intervento chirurgico o di una procedura invasiva e sostituita con eparina a basso peso molecolare soprattutto nei pz con protesi valvolari meccaniche. Può essere ripresa la sera stessa o la mattina successiva.
- Nei pz con SCA o PTCA si può usare tripla terapia (TAO, PLAVIX e ASA) solo per 1 mese senza avere un rischio aumentato di sanguinamento (n.b. i DES richiedono tripla terapia per almeno 3 mesi); poi continuare con TAO ed 1 Antiaggregante piastrinico per 1 anno, successivamente solo TAO.

- Nei pz con ictus ischemico la TAO dovrebbe essere iniziata dopo 2 settimane dall'evento (NO TAO in presenza di emorragia intracranica).
- Nei pz con TIA la TAO dovrebbe essere iniziata il prima possibile in assenza di infarto o emorragia cerebrale.

CARDIOVERSIONE

- **FA < 48 h:** bolo di eparina + cardioversione. TAO per 4 settimane eccetto i pz senza fattori di rischio. Se pz ad alto rischio di stroke o recidive di FA, TAO di lunga durata.
- **FA > 48 ore ed instabilità emodinamica:** bolo di eparina e cardioversione. TAO per 4 settimane eccetto i pz senza fattori di rischio. Se pz ad alto rischio di stroke o recidive di FA, TAO di lunga durata
- **FA > 48 ore e stabilità emodinamica:** 3 settimane di TAO o ETE prima della cardioversione. TAO per 4 settimane eccetto i pz senza fattori di rischio. Se pz ad alto rischio di stroke o recidive di FA, TAO di lunga durata.
N.B. se presenza di trombi all'ETE continuare TAO per 3 settimane e poi ripetere ETE prima della cardioversione. TAO a tempo indefinito

FARMACI PER LA CARDIOVERSIONE FARMACOLOGICA

farmaco	dose di carico	dose di mantenimento	rischi
Amiodarone	5 mg/kg e.v. in 1 h	50 mg /h	Flebiti; ipotensione; bradicardia
Flecainide	2 mg/ kg e.v. in 10 minuti o 200-30 mg per o.s	nessuna	Non utilizzabile in pz con cardiopatie strutturali; prolungamento del QRS; possibile conversione in flutter
Propafenone	2 mg/Kg e.v. in 10 min o 450-600 mg o.s.	Nessuna	Non utilizzabile in pz con cardiopatie strutturali; prolungamento del QRS, possibile conversione in flutter, possibile rallentamento della FC

FARMACI PER IL CONTROLLO DELLA FREQUENZA CARDIACA

Farmaci	Dose endovena	Dose orale di mantenimento
Metoprololo	2.5-5 mg	100-200 mg dose singola
Bisoprololo	N/A	2.5-120 mg dose singola
Atenololo	N/A	25-100 mg dose singola
Esmololo	10 mg	
Propranololo	1 mg	10-40 mg x tre volte /die
Carvedilolo	N/A	3.125-25 mg x2 volte /die
Verapamil	5 mg	40 mg x2 o 360 mg (RP)/die
Diltiazem	N/A	60 mg x 3/die o 360 mg(RP)/die
Digossina	0.5-1 mg	0.125- 0.5 mg dose singola
Digitossina	0.4-0.6 mg	0.05-0.1 mg dose singola
Amiodarone	5 mg/kg in 1 h poi 50 mg/h	100-200 mg dose singola
Dronedarone	N/A	400 mg x 2 volte/die

RACCOMANDAZIONI PER L'ABLAZIONE DEL NODO A-V

1. frequenza cardiaca non controllata dai farmaci o impossibilità di prevenire FA con terapia antiaritmica o sintomi mal tollerati quando l'ablazione della FA non è indicata o ha fallito (Classe IIa B)
2. FA permanente ed indicazione a resincronizzazione cardiaca (Classe IIa B)
3. pz non responders alla resincronizzazione cardiaca nei quali la FA impedisce gli effetti benefici della stimolazione biventricolare nei quali l'amiodarone è inefficace o controindicato (Classe IIa C)
4. Sospetta Cardiomiopatia tachicardia-indotta quando la FC non è controllata da farmaci e l'ablazione della FA non è indicata o ha fallito (Classe IIab C)

INDICAZIONI ALL'ABLAZIONE TRANSCATETERE DELL'ATRIO SINISTRO

1. FA parossistica in pz sintomatici con terapia antiaritmica inefficace (Classe IIa A)
2. FA persistente sintomatica refrattaria a terapia antiaritmica (Classe IIa B)
3. FA in pz con scompenso cardiaco sintomatici e refrattari a terapia antiaritmica (Classe IIb B)
4. prima della terapia antiaritmica in pz con FA parossistica, sintomatici nonostante adeguato controllo della frequenza, e senza cardiopatia sottostante (Classe IIb B)
5. FA "long standing" sintomatica e refrattaria a terapia antiaritmica (Classe IIb C)

N. B. Dopo l'ablazione la terapia anticoagulante dovrebbe essere continuata per almeno 3 mesi (Classe IIa C)

RACCOMANDAZIONI ALL'ABLAZIONE CHIRURGICA DELLA FA

1. FA sintomatica in pz che devono eseguire intervento cardiocirurgico (Classe IIa A)
2. FA asintomatica in pz che devono eseguire che devono eseguire intervento cardiocirurgico se l'ablazione può essere eseguita con rischi minimi (Classe IIb C)
3. Ablazione con chirurgia mininvasiva senza concomitante chirurgia cardiaca in pz sintomatici dopo fallimento dell'ablazione transcateretere (Classe IIb C)

TERAPIA "UPSTREAM" PER PREVENZIONE PRIMARIA DELLA FA

1. ACE-inibitore o ARBs in pz con insufficienza cardiaca e ridotta FE (Classe IIa A)
2. ACE-inibitore o ARBs in pz ipertesi specialmente con IVS (Classe IIa B)
3. Statine dopo CABG (Classe IIa B)
4. Statine in pz con cardiopatie sottostanti specialmente in pz con insufficienza cardiaca (Classe IIa B)

TERAPIA "UPSTREAM" PER PREVENZIONE SECONDARIA DELLA FA

1. ACE-inibitore o ARBs in pz con FA ricorrenti ed in terapia antiaritmica (Classe IIb B)
2. ACE-inibitore o ARBs in pz che hanno subito cardioversione elettrica in assenza di cardiopatia strutturale significativa se questi farmaci sono indicati per altre patologia (ex. Ipertensione) (Classe IIb B)

RACCOMANDAZIONI PER LA FA POST-OPERATORIA

1. Pre-trattamento con Beta-bloccanti orali da 1 settimana prima dell'intervento cardiocirurgico (Classe I A)
2. Pre-trattamento con amiodarone in pz ad alto rischio di FA (Classe IIa A)
3. Pre-trattamento con corticosteroidi (Classe IIb B)
4. Solo controllo della FC in pz emodinamicamente stabili (Classe I B)
5. Cardioversione in pz emodinamicamente instabili (Classe I C)
6. Somministrare farmaci anticoagulanti se FA > 48 h (Classe IIa A)
7. Dopo il ripristino del ritmo sinusale continuare TAO per almeno 4 settimane (Classe IIa B)

RACCOMANDAZIONE PER FA IN GRAVIDANZA

1. Eseguire cardioversione elettrica in tutte le fasi della gravidanza in pz emodinamicamente instabili o quando il rischio di mantenere la FA è alto per la madre o per il feto (Classe I C)
2. Profilassi trombo-embolica in pz ad alto rischio è indicata durante tutta la gravidanza con farmaci diversi a seconda del mese di gravidanza (Classe I C)
3. TAO indicata dal II trimestre ad 1 mese prima della data presunta del parto (Classe I B)
4. LMWH sottocute indicata nel primo trimestre e durante l'ultimo mese di gravidanza in alternativa può essere somministrata UFH (Classe I B)
5. Per il controllo della frequenza può essere utilizzato un beta-bloccante (propranololo o atenololo, preferibilmente non nel primo trimestre) o un calcio antagonista non diidropiridinico (Classe IIa C)

VALUTAZIONE DELLE VARICI:

- Ecografia spetica ed ecodoppler (valutazione dell'elasticità della vena porta, misurazione del collare e della velocità del flusso)

- ESO2: per confermare il sospetto di ipertensione portale

valutare il rischio di emorragia

definire la strategia di emorragia

TERAPIA:

Beta-bloccanti non vascolari (propranololo, labetalolo) o (nadololo) consigliati

Dosaggio: iniziare con propranololo 40 mg b.i. o a 2 (assumere il prodotto immediatamente dopo aver mangiato) dose iniziale 10 mg x 2, fino a 20-30 mg (die in 2-3 somministrazioni) con monitoraggio della FC a 2 h dall'assunzione del farmaco.

Obiettivo: ridurre la FC del 20-25% (se dopo 3 gg di terapia non si raggiunge l'obiettivo, aumentare il dosaggio)

Infiammazione dose max consigliata 120 mg x 2 /die

Nadololo: dose max consigliata 160 mg 1-citola

TRATTAMENTO DELL'EMORRAGIA ACUTA:

www.giancarlostazi.it