

**LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE  
ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO:  
*CONTROLLO DEL RITMO*  
VS  
*CONTROLLO DELLA FREQUENZA***



*Dr.ssa P. Capasso*  
*Ospedale San Giovanni Bosco*

# 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

## The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

- incremento di MORTALITA'
- incremento degli STROKE
- incremento delle OSPEDALIZZAZIONI
- peggioramento della QUALITA' di VITA
- DISFUNZIONE ventricolare sinistra e SCOMPENSO CARDIACO
- DETERIORAMENTO COGNITIVO e DEMENZA

**Table 3** Cardiovascular morbidity and mortality associated with atrial fibrillation

Event	Association with AF
Death	Increased mortality, especially cardiovascular mortality due to sudden death, heart failure or stroke.
Stroke	20–30% of all strokes are due to AF. A growing number of patients with stroke are diagnosed with 'silent', paroxysmal AF.
Hospitalizations	10–40% of AF patients are hospitalized every year.
Quality of life	Quality of life is impaired in AF patients independent of other cardiovascular conditions.
Left ventricular dysfunction and heart failure	Left ventricular dysfunction is found in 20–30% of all AF patients. AF causes or aggravates LV dysfunction in many AF patients, while others have completely preserved LV function despite long-standing AF.
Cognitive decline and vascular dementia	Cognitive decline and vascular dementia can develop even in anticoagulated AF patients. Brain white matter lesions are more common in AF patients than in patients without AF.

## Secular Trends in Incidence of Atrial Fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and Implications on the Projections for Future Prevalence

Yoko Miyasaka, MD, PhD; Marion E. Barnes, MSc; Bernard J. Gersh, MB, ChB, DPhil;  
 Stephen S. Cha, MS; Kent R. Bailey, PhD; Walter P. Abhayaratna, MBBS;  
 James B. Seward, MD; Teresa S.M. Tsang, MD

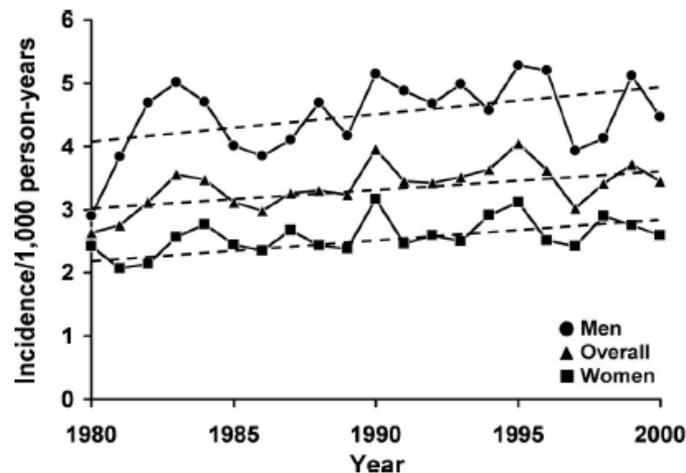


Figure 1. Overall and sex-specific trends in age-adjusted incidence of AF between 1980 and 2000 (age adjustment to the 1990 US population). Dotted line shows the linear regression model fit.

TABLE 3. Prevalence of AF by Model and by Survey Data From Rochester/Olmsted County, Minnesota

Age, y	Modeled Prevalence*	Survey Prevalence†	
		1986 <sup>24</sup>	1993-1995 <sup>25</sup>
45-64	1.9	1.1	0.7
65-74	6.2	4.6	7.1
≥75	13.5	13.7	17.3
75-84	11.4	...	14.7
≥85	18.2	...	23.4

Values are percentages.

\*Model-based age-specific prevalence in 1990.

†Prevalence data from a survey in a stratified random sample of the population of Rochester, Minn, in 1986<sup>24</sup> and the Stroke Prevention: Assessment of Risk in a Community (SPARC) in 1993-1995.<sup>25</sup>

# Fibrillazione atriale di nuovo riscontro



INVIO IN PS?

VISITA  
CARDIOLOGICA?

COME? QUANDO?

QUALI FARMACI?

# **GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO**

## ***Caso clinico 1***

- *Uomo di 56 anni*
- *Iperteso in terapia con ace-inibitore*
- *Cardiopalmò e dolore toracico da qualche ora*

# GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO

## ✓ Segni e Sintomi:

❖ *Polso aritmico associato a :*

➤ *Angina*

➤ *Dispnea e segni di scompenso*

➤ *Sincope*

➤ *Ipotensione*



*INSTABILITA'*  
*EMODINAMICA*

***INVIO URGENTE IN PS***

# **GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO**

## ***Caso clinico 2***

- *Donna di 70 anni*
- *Diabete mellito in terapia con metformina, fumatrice, dislipidemica*
- *Da 2 settimane episodi di cardiopalmo, associati a lieve dispnea ed astenia*

# GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO

✓ *Segni e Sintomi:*

- *Paucisintomatica: cardiopalmo, lieve dispnea, senza segni di scompenso, astenia*

***VISITA CARDIOLOGICA  
URGENTE (CLASSE U)***

# **GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO**

## ***Caso clinico 3***

- *Donna di 82 anni*
- *Non fattori di rischio cardiovascolare*
- *Asintomatica*
- *ECG eseguito per pilates: FA con Fc 115 bpm*

# GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO

✓ *Segni e Sintomi:*

- *Riscontro di polso aritmico*
- *Evidenza di FA ad un ECG eseguito per altri accertamenti*
- *Asintomatica*

**VISITA CARDIOLOGICA CLASSE B  
(U se CHA2DS2VASC  $\geq$  2)**

*CONTROLLO DEL RITMO ?*

*CONTROLLO DELLA FREQUENZA?*



# CONTROLLO DEL RITMO

Nei pazienti con **FA parossistica o persistente** come tentativo di mantenere il paziente in ritmo sinusale.

**Scopo:** migliorare i sintomi correlati all'insorgenza di FA e prevenire le recidive di FA

- **PAROSSISTICA:** forme di FA a risoluzione spontanea o che necessitano di cardioversione che durano dalle 48 ore ai 7 giorni
- **PERSISTENTE:** forme di FA che necessitano di cardioversione (farmacologica o elettrica) oltre i 7 giorni.
- **LONG STANDING PERSISTENT:** perdura da più di 1 anno ma la strategia che adottato è quella di controllo del ritmo

# GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO

- *CONTROLLO RITMO*
- ✓ Cardioversione elettrica o farmacologica (con antiaritmici) in *FASE ACUTA*
- ✓ Farmaci ANTIARITMICI *IN CRONICO*
  - *AMIODARONE*
  - *FLECAINIDE*
  - *PROPAFENONE*

# Controllo del RITMO IN FASE ACUTA

CARDIOVERSIONE FARMACOLOGICA  
(paziente stabile)

CARDIOVERSIONE ELETTRICA  
(paziente instabile)

Assenza di  
cardiopatía  
strutturale:  
**PROPAFENONE**  
**FLECAINIDE**

Presenza di cardiopatía  
strutturale sottostante:  
**AMIODARONE**



EUROPEAN  
SOCIETY OF  
CARDIOLOGY®

European Heart Journal (2016) **37**, 2893–2962  
doi:10.1093/eurheartj/ehw210

# Controllo del RITMO a lungo termine: FARMACI ANTIARITMICI

Assenza di cardiopatia strutturale sottostante

PROPAFENONE  
FLECAINIDE

SOTALOLO

Presenza di cardiopatia strutturale sottostante

AMIODARONE



EUROPEAN  
SOCIETY OF  
CARDIOLOGY®

European Heart Journal (2016) **37**, 2893–2962  
doi:10.1093/eurheartj/ehw210

# GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO

## *Caso clinico 1*

- Uomo di 56 anni
- Iperteso in terapia con ace-inibitore
- Cardiopalmo e dolore toracico da qualche ora

**FA PAROSSISTICA**



- In acuto cardioversione elettrica o farmacologica
- Dimesso con indicazione a assunzione in cronico farmaci antiaritmici

# Follow up dei pazienti in terapia con antiaritmici

- Dopo l'inizio della terapia con antiaritmici è sempre consigliato:
  1. ECG : BASALE, a distanza di una settimana dall'inizio dell'AMIODARONE per valutare l'efficacia del farmaco e il mantenimento del ritmo sinusale e l'assenza di disturbi a livello di conduzione. Per FLECAINIDE, PROPANOLOL, QUINIDINE, SOTALOLO, DOFETILIDE, E SOTALOLO per valutare l'efficacia del farmaco e il mantenimento del ritmo sinusale e l'assenza di disturbi a livello di conduzione.
  2. ECG: basale, dopo 3 giorni dall'inizio di terapia con FLECAINIDE, PROPANOLOL, QUINIDINE, SOTALOLO, DOFETILIDE, E SOTALOLO per valutare l'efficacia del farmaco e il mantenimento del ritmo sinusale e l'assenza di disturbi a livello di conduzione.
- ECG-HOLTER di follow up annuale per verificare il mantenimento del ritmo sinusale e l'efficacia dei farmaci antiaritmici
- 3. In caso di recidiva di FA in corso di antiaritmici è ragionevole considerare la possibilità di aumentare il dosaggio del farmaco assunto o testare un altro farmaco.

**NB: SONO FARMACI PRO-ARITMICI: DOSE MINIMA EFFICACE**



# GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO

## **Caso clinico 2**

- Donna di 70 anni
- Diabete mellito in terapia con metformina, fumatrice, dislipidemica
- Da 2 SETTIMANE episodi di cardiopalmo, associati a lieve dispnea ed astenia



**FA PERSISTENTE**

- *Terapia di controllo della frequenza iniziale-scoagulazione*
- *Esecuzione di ecocardiogramma TT*
- *Successiva eventuale CV in regime di DH-non urgente*
- *Se obiettivo è mantenere RS dimissione da DH con F. antiaritmici*

# CONTROLLO DELLA FREQUENZA

Nei pazienti con **FA PERMANENTE**: accettata dal paziente e dal personale medico in cui la strategia risulta quello di controllo della frequenza

**Scopo:** migliorare i sintomi correlati legati all'elevata frequenza ventricolare-> **TARGET FC a riposo <110 bpm**

## **Farmaci:**

1. BETABLOCCANTI

1. CALCIO ANTAGONISTI NON DI- IDROPIRIDINICI

1. DIGITALE

1. AMIODARONE



# GESTIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO

## **Caso clinico 3**

- Donna di 82 anni
- Non fattori di rischio cardiovascolare
- Asintomatica
- ECG eseguito per pilates



- *Controllo della frequenza*
- *Ecocardiogramma*
- *FC target a riposo <110 bpm*

***FA PERMANENTE***

# CONTROLLO DELLA FREQUENZA : BETABLOCCANTI

- Farmaci di I scelta soprattutto se il paziente presenta un *funzione ventricolare sinistra ridotta FE <40%*
- Preferibile iniziare con farmaci B1 selettivi
- Controindicazioni: storia di broncospasmo severo, scompenso cardiaco acuto.
- Eventi avversi: bradicardia, blocchi AV, ipotensione.

**NB:SONO FARMACI DA TITOLARE: MASSIMA DOSE  
TOLLERATA ED EFFICACE**

# CONTROLLO DELLA FREQUENZA

**Table 15** Rate control therapy in atrial fibrillation

Therapy	Acute intravenous rate control	Long-term oral rate control
<b>Beta-blockers<sup>a</sup></b>		
Bisoprolol	Not available	1.25–20 mg once daily or split.
Carvedilol	Not available	3.125–50 mg twice daily.
Metoprolol	2.5–10 mg intravenous bolus (repeated as required).	100–200 mg total daily dose (according to preparation).
Nebivolol	Not available	2.5–10 mg once daily or split.
Esmolol	0.5 mg/kg intravenous bolus over 1 min; then 0.05–0.25 mg/kg/min.	

# CONTROLLO DELLA FREQUENZA : CALCIO-ANTAGONISTI

- Farmaci che possono essere utilizzati **SOLO** in caso di *funzione ventricolare sinistra > 40%*
- Diltiazem: 60 mg x3 fino ad un massimo dosaggio di 360 mg (dose giornaliera totale). Esistono anche preparazioni rilascio prolungato
- Verapamil :40-120 mg x3. Dose massima 480 mg (preparazione a rilascio prolungato).

**NB:SONO FARMACI DA TITOLARE: MASSIMA DOSE TOLLERATA ED EFFICACE**

# CONTROLLO DELLA FREQUENZA : GLICOSIDI CARDIACI

- Digossina: 0.0625-0.250mg al giorno.
- Eventi avversi : più comuni gastrointestinali, vista sfocata, cefalea e rush cutanei.

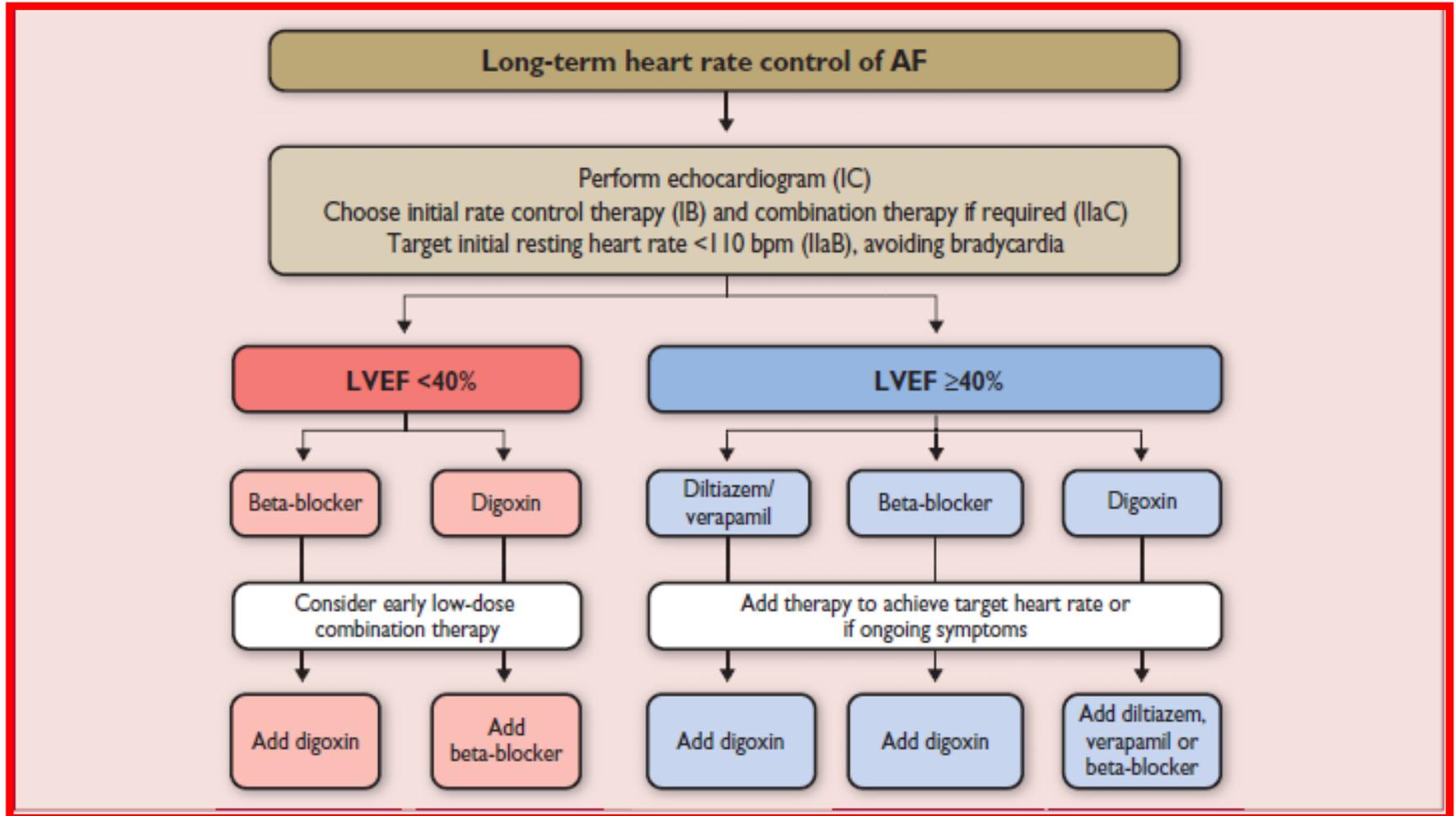
ATT ai pazienti con insufficienza renale; **necessario periodico controllo della digossinemia e della funzione renale** sia per valutare efficacia terapeutica sia per evitare intossicazioni.

- Controindicazioni: pazienti con vie anomale accessorie (WPW), CMP ipertrofica ostruttiva (inotropo positivo), insufficienza renale severa

# CONTROLLO DELLA FREQUENZA : AMIODARONE

- Dose: 200 mg/die
- Utile solo come **ULTIMA SCELTA**
- Eventi avversi: ipotensione, bradicardia, Qt lungo, tossicità polmonare, disfunzione tiroidea, depositi corneali, decolorazione cutanea.

# CONTROLLO DELLA FREQUENZA



# Conclusioni

- Il paziente con fibrillazione atriale di nuovo riscontro deve essere avviato ad un percorso definito che dipende dai **sintomi** e dalle **condizioni emodinamiche**
- Nei pazienti con **FA PAROSSISTICA O PERISTENTE** è ragionevole una strategia di controllo del RITMO al fine di migliorare i sintomi correlati all'insorgenza dell'aritmia
- La scelta di un farmaco antiaritmico dipende dalla presenza di cardiopatia strutturale sottostante, cercando di **UTILIZZARE LA MININA DOSE EFFICACE** (I farmaci antiaritmici sono proaritmici)
- Nei pazienti con **FA PERMANENTE** è ragionevole una strategia di controllo della frequenza cercando di raggiungere **LA MASSIMA DOSE EFFICACE E TOLLERATA-TARGET FC a riposo <110 bpm.**

*Grazie per l'attenzione*

