



SIMG

Società Italiana di Medicina Generale

**La gestione
del paziente con fibrillazione atriale
in
Medicina Generale**

Gruppo di lavoro

*Gaetano D'Ambrosio, Alessandro Filippi, Giuseppe Musca, Romano Paduano, Rosario Proto,
Claudio Tondo, Francesco Violi*

Premessa metodologica

Il presente documento ha l'obiettivo di fornire un supporto al Medico di Medicina Generale nella gestione ambulatoriale del paziente con fibrillazione atriale e uno strumento di collaborazione e comunicazione tra ospedale e territorio., basati, per quanto possibile sull'evidenza scientifica e coerenti con le linee guida maggiormente diffuse (1-3).

Tale obiettivo è stato perseguito con le seguenti modalità operative:

- definizione, mediante consenso tra gli esperti, delle componenti del processo di cura relative al paziente con FA attribuibili al Medico di Medicina Generale (MMG) e allo Specialista Cardiologo o Internista;
- analisi delle linee guida internazionali e nazionali e selezione delle raccomandazioni riguardanti gli aspetti della gestione del paziente con FA attribuibili al MMG;
- analisi della letteratura scientifica relativa agli aspetti ritenuti peculiari del Medico di Medicina Generale e meno estesamente trattati nelle linee guida di matrice specialistica.

Sulla base delle suddette considerazioni si comprende come il testo sia volutamente non esaustivo di tutte le problematiche cliniche relative al paziente con fibrillazione atriale.

Per gli aspetti non trattati, relativi soprattutto ai processi di competenza specialistica e ospedaliera, si rimanda alla letteratura scientifica ed in particolare alle linee guida europee (1).

Indice

Il testo si compone di 5 sezioni: 1) una introduzione comprendente definizione, classificazione ed alcune note epidemiologiche; 2) un elenco delle situazioni che possono presentarsi alla attenzione del Medico di Medicina Generale e le relative indicazioni procedurali; 3) brevi testi di approfondimento su come realmente implementare le indicazioni fornite in modo schematico nella sezione 2; 4) riferimenti bibliografici essenziali; 5) consigli per il paziente e la famiglia (allegato).

1.	Introduzione	4
1.1	Definizione.....	4
1.2	Classificazione	4
1.3	Epidemiologia.....	4
1.4	Eziologia.....	5
1.5	Clinica.....	6
2	Principali situazioni problematiche relative alla fibrillazione atriale in Medicina Generale:	8
2.1	Pazienti con FA cronica misconosciuta	9
2.2	Pazienti con FA in atto	10
2.3	Pazienti con FA ricorrente.....	12
2.3.1	Profilassi antiaritmica	12
2.3.2	Profilassi antitrombotica	12
2.3.3	Trattamento ambulatoriale della FA parossistica.....	12
2.4	Pazienti con sintomi critici suggestivi per FA parossistica.....	13
2.5	Il follow-up e la collaborazione ospedale-specialista/territorio.....	14
3.	Approfondimenti.....	15
3.1	Valutazione dei fattori predisponenti e/o scatenanti.	15
3.2	Ripristino del ritmo sinusale: cardioversione.....	16
3.3	Profilassi delle recidive: terapia antiaritmica.	17
3.4	Controllo della frequenza cardiaca	19
3.5	Approcci alternativi non farmacologici: ablazione transcatetere.....	20
3.6	Approcci alternativi non farmacologici: pacing.....	20
3.7	Valutazione e correzione del rischio trombo-embolico	21
3.8	Gli strumenti diagnostici per l'identificazione dei sintomi non persistenti	23
4.	Bibliografia	24
5.	Allegato 1: Come vivere con la fibrillazione atriale	25
6.	Allegato 2: La corretta terapia anticoagulante (TAO): indicazioni per il paziente.....	29

1. Introduzione

1.1 Definizione

La fibrillazione atriale (FA) è un'aritmia sopraventricolare caratterizzata dalla perdita da parte degli atri di ogni attività elettrica organizzata: da un punto di vista elettrofisiologico la FA è caratterizzata dall'assenza di una depolarizzazione coordinata del miocardio atriale dovuta alla presenza di onde di depolarizzazione multiple e migranti che attraversano in maniera caotica la superficie degli atri. Ne risulta la scomparsa del ritmo sinusale che viene sostituito da una attività elettrica anomala che causa movimenti vermicolari, emodinamicamente inefficaci, delle pareti atriali.

La FA dà luogo a tre importanti conseguenze:

- l'inefficace contrazione dell'atrio con perdita del contributo atriale al riempimento ventricolare, che risulta particolarmente grave in presenza di una ridotta compliance del ventricolo sinistro;
- l'irregolare stimolazione del nodo atrio-ventricolare con conseguente risposta ventricolare rapida ed irregolare;
- la possibile formazione di trombi in atrio con possibilità di embolizzazione.

1.2 Classificazione

La fibrillazione atriale può essere definita:

- **parossistica**, se l'interruzione spontanea della aritmia avviene entro 7 giorni (generalmente 24-48 ore);
- **persistente**, se l'aritmia non si interrompe spontaneamente ma solo con interventi terapeutici;
- **permanente o cronica**, se il ritmo sinusale non è ripristinabile o si è rinunciato a tentare di ripristinarlo;
- **recidivante**: sia la FA parossistica che la FA persistente possono ripetersi dopo la risoluzione (spontanea o farmacologica) del primo episodio. In tal caso sono dette recidivanti.

Nota: il primo episodio di FA clinicamente evidente (sintomatico o asintomatico) non consente una precisa classificazione essendo imprevedibile la durata dell'episodio e generalmente incerta la sua datazione e la occorrenza di episodi precedenti.

1.3 Epidemiologia

La fibrillazione atriale rappresenta nella pratica clinica la più comune forma di aritmia cardiaca sostenuta; è stato infatti stimato che circa 2,2 milioni di americani ne sono affetti. La sua prevalenza nella popolazione è direttamente correlata all'età potendo variare dallo 0,5% nella fascia di età tra 50 e 59 anni fino al 10% circa nei soggetti di età > 80 anni. Anche l'incidenza aumenta marcatamente con l'aumentare dell'età raddoppiando per ciascuna decade di età a partire dai 50 anni. L'età media dei pazienti è di 75 anni. Gli uomini hanno un rischio di sviluppare FA di circa 1,5 volte superiore alle donne, anche dopo correzione del rischio per età e condizioni patologiche predisponenti.

Una recente indagine condotta sulle cartelle cliniche computerizzate di Medici di Medicina Generale Italiani (4) ha riportato una prevalenza della diagnosi di fibrillazione atriale dell'1.75% in soggetti di età superiore a 40 anni.

1.4 Eziologia

La FA può essere provocata da una serie di patologie o alterazioni organiche, cardiache e non cardiache, che possono dar luogo a trigger aritmici.

“Insufficienza Cardiaca” e Fibrillazione Atriale. Risulta prioritario, innanzitutto, evidenziare l’associazione fra FA e Scompenso Cardiaco (SC). Una associazione nota, frequente e numerosi studi hanno dimostrato come lo SC rappresenti un fattore favorente l’insorgenza della FA e come i pazienti con SC presentano, nel corso della storia clinica, episodi aritmici parossistici o persistenti fino alla stabilizzazione dell’aritmia da FA. (il 30-40 % dei pz con SC in classe III e IV presentano FA). Del resto, una tachiaritmia da FA che insorge in un cuore senza alterazioni della funzione sistolica o diastolica può rappresentare il fattore responsabile di un progressivo deterioramento della funzione ventricolare sx. La FA, pertanto, si colloca sia come causa che come conseguenza dell’insufficienza cardiaca. Risulta fondamentale la valutazione del pz con FA e SC mediante un precoce inquadramento eziologico e fisiopatologico.

Altre cause di FA:

Cardiopatie organiche

Valvulopatie reumatiche e non reumatiche
Malattia coronarica
Cardiopatia Ipertensiva
Miocardiopatie primitive (dilatativa, ipertrofica, restrittiva)
Miocarditi e Pericarditi
Cardiopatie congenite
Neoformazioni cardiache (endocardio, miocardio, pericardio)
Procedure interventistiche e chirurgia cardiovascolare

Malattie del sistema elettrico

Malattia del nodo del seno
Tachicardia atriale, tachicardia giunzionale, flutter atriale
Sindrome da pre-eccitazione ventricolare

Malattie sistemiche

Iper e ipotiroidismo
Tossicosi acute da alcole, droghe, farmaci
Chirurgia non cardiaca
Malattie sistemiche del connettivo
Malattie infiltrative del miocardio (amiloidosi, sarcoidosi, emosiderosi)
Chemio e radioterapia
Sepsi
Malattie infettive e parassitosi con interessamento cardiaco (brucellosi, febbre tifoide etc)

Cause extracardiache

Abnorme stimolazione neurovegetativa
Patologie esofago-gastro-duodenali
Patologie della colecisti e vie biliari
Disjonia

Fibrillazione atriale idiopatica (“lone atrial fibrillation”)
(senza evidente cardiopatia o cause scatenanti)

1.5 Clinica

L'esame clinico dei vari organi ed apparati, preceduto da una accurata e approfondita anamnesi, rappresenta sempre lo strumento medico imprescindibile. Il paziente con FA nota, presunta o sospetta necessita di un approccio clinico appropriato, in base al quale indirizzare il percorso di gestione. Da non tralasciare, in una concezione olistica, la valutazione di alcuni parametri e indicatori molto significativi che possono influenzare il programma diagnostico, le scelte terapeutiche, i follow-up (clinici e strumentali) e le dinamiche assistenziali.

Ci riferiamo a:

- Evidenza clinica di cardiopatia organica e/o di fattori di rischio
- Presenza di comorbilità (BPCO, Insufficienza renale, Epatopatia, Infezioni in atto, emopatie, vasculopatie periferiche, neoplasie, Ipertensione arteriosa, Diabete mellito etc)
- Condizioni sociali, culturali ed economiche (*possono influenzare il percorso di gestione*)
- Stato nutrizionale (*soprattutto nel paziente anziano con riflessi sul deterioramento cardiaco*)
- Disturbi cognitivi, soprattutto nel paziente anziano, connessa alla cardiopatia di base.
- Contesto ambientale (casa, strutture protette) e familiare (*condizionanti il processo assistenziale*)
- Qualità della vita (*da non trascurare dal momento che i pz con FA molto spesso sono cardiopatici cronici, anziani, e con polipatologia*)
- Aderenza ai programmi terapeutici globali (*La FA nel contesto della cardiopatia cronica presuppone una ottimale aderenza non solo alla terapia farmacologia ma anche ai programmi terapeutici globali*)
- Bisogni socio-assistenziali del paziente (*Sanitari e socio-assistenziali*)

L'esame clinico, nelle varie fasi del percorso di gestione (dall'insorgenza ai follow-up) va sempre associato con opportune dinamiche di comunicazione finalizzate alla migliore efficacia degli interventi.

I pazienti con FA e particolarmente nella fase cronica, necessitano di una presa in carico globale da parte del MMG in continuo feed-back con lo Specialista di riferimento (Internista o Cardiologo). In questa ottica gestionale è indispensabile favorire la co-gestione della malattia mediante opportune forme di educazione sanitaria e con l'utilizzo di strumenti idonei (incontri strutturati, opuscoli, manuali, schede, questionari).

Risulta importante dare un ruolo attivo e consapevole al paziente, coinvolgere il personale infermieristico ospedaliero e territoriale e i care-giver.

Dopo questa basilare premessa di Medicina Clinica, passiamo in rassegna la metodologia clinica di approccio al paziente con FA nota, sospetta o presunta, in riferimento alle fasi di insorgenza e/o identificazione dell'aritmia.

Il paziente con FA può presentarsi alla nostra osservazione con varie manifestazioni e possiamo inquadrare l'aritmia in una delle seguenti evenienze:

- FA parossistica presunta
- FA in atto (recente <48h o non databile)
- FA cronica stabile, cronica.

Nel primo caso si può verosimilmente sospettare una fibrillazione atriale parossistica in rapporto alla modalità dell'insorgenza (improvvisa), alla durata (pochi minuti e talvolta persistenza per ore) alla episodicità e alla presenza di peculiari sintomi (cardiopalmi, vertigini, lipotimia, sudorazione, dolori precordiali, dispnea, spossatezza). Particolarmente significativo risulta evidenziare alcuni fattori scatenanti (sforzo fisico, stress

psichici ed emozionali, pasti abbondanti, episodi di diarrea), nonché patologie associate responsabili del trigger aritmico (Ipertensione arteriosa, Malattia coronarica, Insufficienza Cardiaca, Valvulopatie, Distiroidismo, Calcolosi delle vie biliari, Ulcera gastroduodenale, Patologie esofagee). Da non trascurare la verifica dell'uso di farmaci tachicardizzanti e/o proaritmici.

Sul piano clinico l'esame sarà indirizzato verso la ricerca di alterazioni organiche cardiache ed extracardiache presumibilmente responsabili dell'aritmia. In rapporto a quanto rilevato sarà opportuno ECG, esami di laboratorio di routine e segnatamente quelli di funzionalità tiroidea. La registrazione e quindi la dimostrazione dell'aritmia è legata, spesso, al loop recorder. Altri esami strumentali (ecocardiogramma, Holter ecg) saranno indicati in rapporto ai risultati dell'esame clinico. La consulenza programmata con lo specialista è raccomandata per la definizione conclusiva, diagnostica e terapeutica di intesa con il Medico di Medicina Generale.

Nella seconda evenienza già l'esame clinico e segnatamente l'auscultazione del cuore può far porre diagnosi di FA. L'insorgenza dell'aritmia entro le ultime 48 ore rende indicata e appropriata l'ospedalizzazione del paziente per l'inquadramento generale del paziente e particolarmente per il precoce ripristino del ritmo sinusale. L'ospedalizzazione del pz non esclude l'accurata storia anamnestica e l'esame clinico generale, allo scopo, anche, di evidenziare instabilità emodinamica ed eventuali interventi urgenti da parte del medico che osserva il paziente.

Nel caso in cui il rilievo clinico della FA non è supportata dalla data di insorgenza, l'indicazione al ricovero ospedaliero è suggerita dalla presenza di instabilità emodinamica, dalla possibile insorgenza di essa e dalla presenza di importanti comorbidità.

Il ricovero ospedaliero sarà indirizzato all'inquadramento generale del paziente.

Quando non sussistono elementi che indicano il ricovero ospedaliero urgente, vale il percorso anamnestico/clinico ragionato. In questi casi, la consulenza specialistica, clinica e strumentale riveste particolare importanza per la definizione diagnostica e terapeutica. L'elettrocardiogramma basale, l'ecocardiogramma, le analisi specifiche di laboratorio rappresentano gli esami basilari e imprescindibili.

La FA atriale cronica, associata sempre ad una patologia organica, comporta il controllo clinico e strumentale della malattia di base. Segnatamente è fondamentale verificare e controllare la frequenza cardiaca (<70'), il compenso emodinamico, le patologie concomitanti, l'aderenza alla terapia, gli effetti collaterali dei farmaci unitamente a tutti i parametri socioassistenziali. L'appropriatezza dei controlli strumentali (ECG basale, Ecocardiogramma, etc) sarà suggerita dalla patologia di base.

2 Principali situazioni problematiche relative alla fibrillazione atriale in Medicina Generale:

Per facilitare l'utilizzo delle raccomandazioni nella pratica clinica si è operata una ricognizione delle principali modalità di presentazione dei pazienti con fibrillazione atriale in Medicina Generale.

Tale approccio ha valore esclusivamente pragmatico e non intende in alcun modo sostituire la nomenclatura ufficiale adottata dalle linee guida (vedi § 1.2).

- 2.1 Pazienti con FA cronica misconosciuta.
- 2.2 Pazienti con FA in atto.
- 2.3 Pazienti con FA ricorrente.
- 2.4 Pazienti con sintomi critici suggestivi per FA parossistica
- 2.5 Il follow-up e la collaborazione ospedale-specialista / territorio

2.1 Pazienti con FA cronica misconosciuta

Non tutti i pazienti con fibrillazione atriale vengono correttamente identificati (1) e di questi solo una parte dei pazienti eleggibili ricevono un trattamento antitrombotico efficace (5-10). Da ciò deriva la necessità di un atteggiamento attivo del medico di medicina generale nell'identificare i casi che sono misconosciuti o che, comunque, potrebbero avvantaggiarsi di un trattamento profilattico antitrombotico. Esiste documentazione della efficacia e della fattibilità (11,12) di uno screening sistematico dei soggetti a maggior rischio effettuato prevalentemente mediante la palpazione del polso da parte di una infermiera e seguito, nei casi sospetti, dalla registrazione di un tracciato elettrocardiografico.

Nella realtà della Medicina Generale italiana, caratterizzata attualmente dalla carenza di personale infermieristico e di strumentazione diagnostica, è opportuno sollecitare i Medici di Medicina Generale ad una valutazione sistematica ed opportunistica dei soggetti a più alto rischio.

Gli elementi semeiologici più significativi per la diagnosi di FA sono:

- irregolarità del polso arterioso radiale;
- irregolarità dei toni di Korotkoff;
- irregolarità del polso venoso giugulare;
- irregolarità del ritmo del battito cardiaco e della intensità del 1° tono alla auscultazione.

Devono essere sorvegliati con particolare attenzione, perché a maggior rischio, (vedi anche § 3.1):

- i pazienti di età superiore a 60 anni;
- i pazienti con cardiopatia nota, soprattutto se con insufficienza cardiaca;
- gli ipertesi;
- gli obesi;
- i pazienti che fanno uso inappropriato di bevande alcoliche.

La regolarità del battito cardiaco va valutata ogni volta che viene misurata la PA o eseguito un esame obiettivo toracico e, in ogni caso, almeno ogni due anni (13).

In caso di possibile FA il paziente deve eseguire un ECG.

2.2 Pazienti con FA in atto

Possono verificarsi le seguenti eventualità:

- paziente emodinamicamente instabile, per la presenza di insufficienza cardiaca, angor, ipotensione: in tal caso il paziente deve essere immediatamente ospedalizzato;
- paziente emodinamicamente stabile che sa datare con precisione l'inizio dell'episodio entro le 24-48 ore: invio immediato in consulenza cardiologica per possibile cardioversione (§ 3.2) senza necessità di profilassi anticoagulante
- paziente emodinamicamente stabile con durata dell'aritmia incerta o superiore alle 48 ore: il paziente va inviato allo specialista per la possibile cardioversione (§ 3.2) elettrica o farmacologica da effettuarsi comunque dopo 3-4 settimane di terapia anticoagulante. La terapia anticoagulante va protratta per altre 4 settimane dopo l'eventuale ripristino del ritmo sinusale. In ogni caso il MMG deve predisporre gli accertamenti necessari per la valutazione di eventuali fattori predisponenti (§ 3.1) e/o scatenanti e per la valutazione ed eventuale riduzione farmacologica del rischio trombo-embolico (§ 3.7).

Nel paziente con FA in atto che non recede spontaneamente (FA persistente) si pone la necessità di scegliere tra due diverse strategie:

- tentare di ripristinare e mantenere il ritmo sinusale (controllo del ritmo);
- lasciare l'aritmia, controllando la frequenza cardiaca (controllo della frequenza).

La prima opzione è giustificata dalla opportunità di eliminare i sintomi, ridurre il rischio tromboembolico, evitare il possibile deterioramento della funzione ventricolare. La cardioversione (elettrica o farmacologica) non è tuttavia priva di rischi. D'altra parte, recenti trials (14-16) hanno dimostrato che la strategia del controllo del ritmo non comporta significativi vantaggi in termini di sopravvivenza rispetto alla strategia del controllo della frequenza.

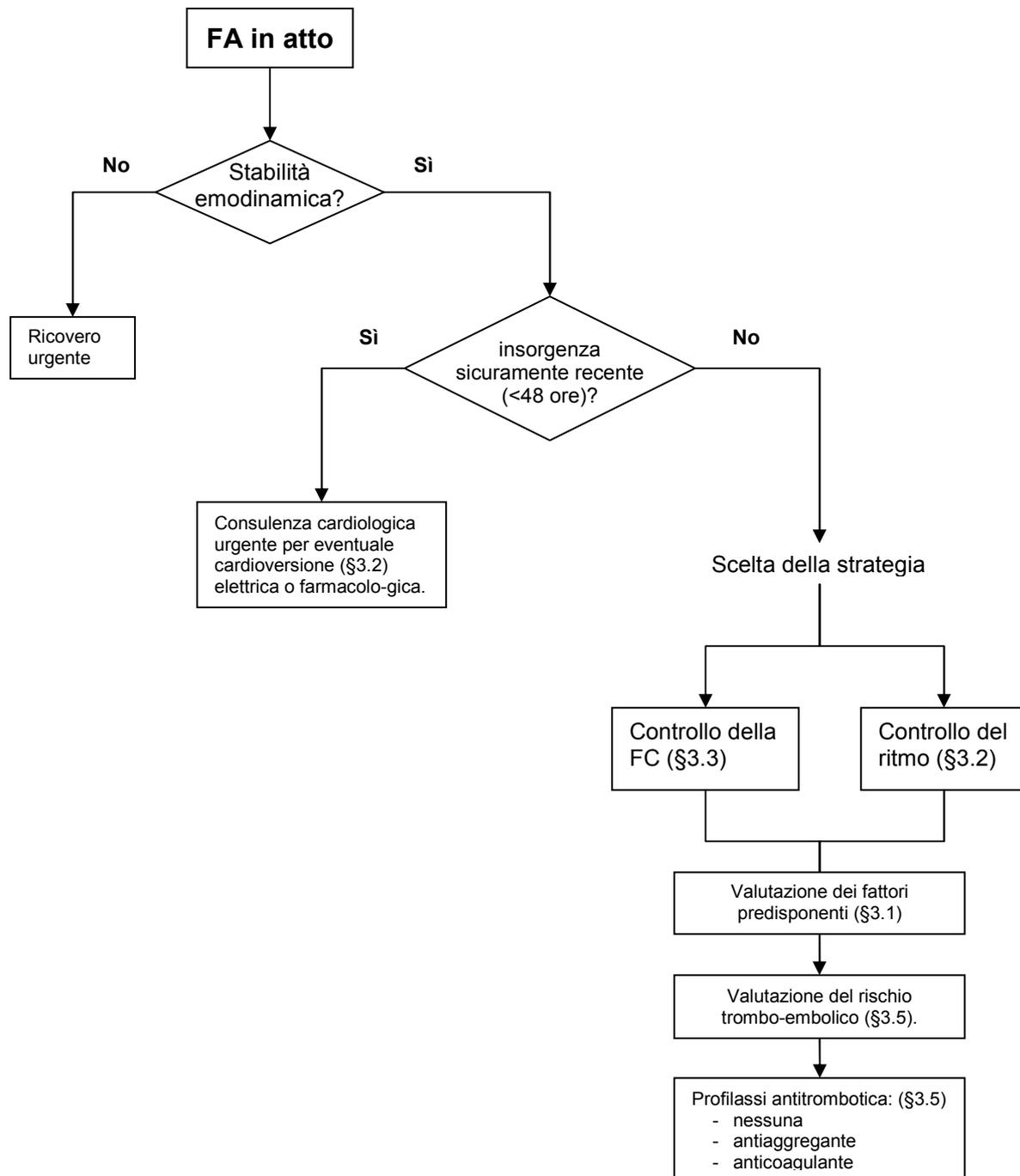
Sebbene possa sembrare ragionevole di tentare in tutti i pazienti almeno una volta di ripristinare il ritmo sinusale, in molti casi può essere invece preferibile limitarsi a controllare la frequenza cardiaca e ridurre il rischio tromboembolico, soprattutto se:

- il paziente è asintomatico o paucisintomatico;
- il profilo di rischio tromboembolico è basso;
- il controllo farmacologico della frequenza cardiaca è facilmente ottenibile;
- la probabilità di mantenere il ritmo sinusale è bassa per la lunga durata della aritmia o per la notevole dilatazione degli atri.

Nei pazienti con FA cronica è sempre indicata la valutazione del profilo di rischio tromboembolico ed emorragico al fine di decidere se (vedi § 3.7):

- non somministrare farmaci a scopo antitrombotico;
- somministrare una terapia antiaggregante;
- attuare una terapia anticoagulante (obiettivo INR tra 2 e 3).

Uno studio recente (17) condotto in Medicina Generale in Olanda ha dimostrato come la prescrizione della terapia antitrombotica sia solo parzialmente condizionata da una corretta stratificazione del rischio tromboembolico. Questo dato suggerisce l'opportunità di mettere a disposizione del Medico di Famiglia strumenti di consultazione semplici che consentano una rapida valutazione del ritmo tromboembolico (§ 3.7).



2.3 Pazienti con FA ricorrente

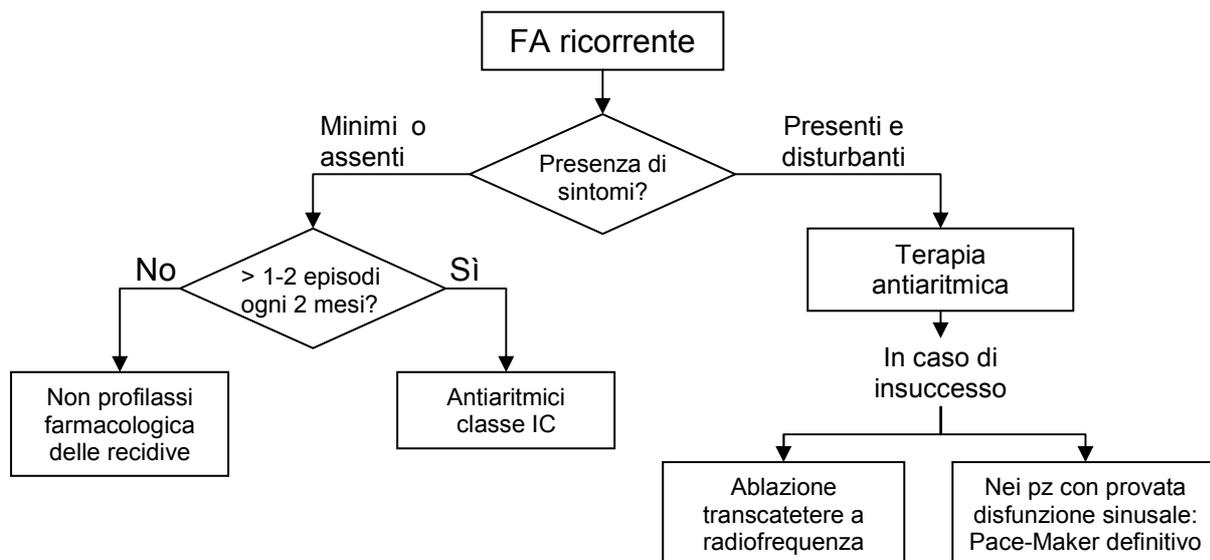
Nei pazienti in cui gli episodi di fibrillazione atriale tendono a ricorrere, è necessario valutare l'opportunità:

- di prevenire le ricorrenze mediante una profilassi antiaritmica;
- di ridurre il rischio di fenomeni tromboembolici mediante profilassi antiaggregante o anticoagulante.

In alcuni di questi pazienti è possibile il trattamento ambulatoriale delle ricorrenze.

2.3.1 Profilassi antiaritmica

- Nei pazienti asintomatici o con sintomi di lieve entità la profilassi degli episodi critici non è indicata, se la frequenza delle crisi è inferiore a 1-2 ogni 2 mesi. In caso contrario è indicata la profilassi antiaritmica con farmaci della classe IC (vedi § 3.3).
- Nei pazienti con sintomi disturbanti la profilassi antiaritmica è consigliata. La scelta del farmaco è determinata dalla tipologia della eventuale cardiopatia associata e deve essere effettuata preferibilmente dallo specialista. Sono indicati, in prima istanza gli antiaritmici della classe IC (vedi § 3.3), in alternativa il sotalolo e, in ultima istanza, l'amiodarone. Nei pazienti con sintomi disturbanti nonostante terapia antiaritmica (testati almeno 2 farmaci), è consigliabile l'invio a un Centro specialistico per valutare l'indicazione a procedura ablativa (vedi § 3.5).



2.3.2 Profilassi antitrombotica

Viene effettuata secondo gli stessi criteri utilizzati per la fa cronica (§ 3.7).

2.3.3 Trattamento ambulatoriale della FA parossistica.

In pazienti non affetti da grave disfunzione ventricolare sinistra o da disfunzione del nodo seno atriale e del nodo atrio ventricolare è possibile proporre una terapia antiaritmica da somministrare al di fuori del contesto ospedaliero con l'obiettivo di ottenere un rapido ripristino del ritmo sinusale.

Tale indicazione deve essere posta dallo specialista dopo averne verificato la sicurezza in ospedale.

Lo specialista deve fornire al paziente e al medico di medicina generale tutte le indicazioni necessarie per gestire correttamente la terapia antiaritmica ambulatoriale e le sue eventuali complicanze.

2.4 Pazienti con sintomi critici suggestivi per FA parossistica

Non è raro che il paziente riferisca palpitazioni compatibili con FA parossistica. I tentativi di registrare la possibile aritmia possono essere più o meno intensi a seconda della rilevanza di una corretta diagnosi per la gestione del paziente.

Formulare un'ipotesi diagnostica operativa: tutti i pazienti (o i loro familiari) possono essere istruiti a registrare le modalità d'inizio/fine della crisi (insorgenza e termine brusco o graduale, durata delle palpitazioni) e le caratteristiche del polso (battiti/minuto, sequenza ritmica/aritmica). Pur con i limiti insiti in questo tipo d'informazioni è spesso possibile giungere ad un'ipotesi diagnostica "operativa", soprattutto se si considera la presenza o meno di patologie correlabili a FA.

Quando non indagare oltre: ulteriori indagini possono non essere necessarie in caso di sintomi scarsi o non fastidiosi e di paziente comunque a basso rischio tromboembolico anche in caso di conferma di FA parossistica (§ 3.7).

Quando proseguire le indagini: se il paziente è significativamente sintomatico o a rischio medio/alto per tromboembolismo in caso di FA, è indicato cercare di registrare la possibile aritmia. Oltre all'uso, ovvio, dell'ECG durante crisi, sempre che si abbia il tempo e la possibilità di eseguire l'esame, si può utilizzare un apparecchio Holter o un "loop recorder" (§ 3.8).

2.5 Il follow-up e la collaborazione ospedale-specialista/territorio

La gestione complessiva del paziente con FA richiede una profonda integrazione delle competenze del Medico di Medicina Generale e dello Specialista. Pur nella consapevolezza che non vi sono criteri basati sull'evidenza scientifica per definire gli ambiti di intervento delle due figure professionali, si è ritenuto opportuno concordare alcune indicazioni tendenti ad ottimizzare il percorso del paziente tra territorio ed ospedale, nelle situazioni cliniche di più frequente riscontro.

Condizione clinica	MMG	Specialista
FA misconosciuta (§ 2.1)	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione periodica dei soggetti a rischio. 	
FA in atto emodinam. Instabile (§ 2.2.1)	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero Urgente 	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento in urgenza
FA in atto di insorgenza sicuramente recente (<48h) (§ 2.2)	<ul style="list-style-type: none"> Invio in consulenza (corsia preferenziale) Supporto all'eventuale trattamento ambulatoriale della FA (§ 2.3.3) secondo le indicazioni dello specialista. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione della opportunità della cardioversione ed eventuale trattamento.
FA in atto di insorgenza non sicuramente recente o persistente (§ 2.2)	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione preliminare della opportunità della conversione al ritmo sinusale (§ 3.2). In caso di dubbio invio allo specialista. Valutazione anamnestica, clinica e laboratoristica dei fattori predisponenti e/o scatenanti (§ 3.1) e dello stato emocoagulativo (§ 3.7). Supporto all'eventuale trattamento ambulatoriale della FA (§ 2.3.3) secondo le indicazioni dello specialista. Prescrizione e gestione della eventuale terapia antitrombotica, in autonomia o in collaborazione con lo specialista. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione della opportunità della cardioversione ed eventuale trattamento.
Follow-up del paziente con FA cronica	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione e controllo farmacologico della frequenza cardiaca (§ 3.4). In caso di dubbio invio allo specialista. Valutazione della opportunità di instaurare una terapia antitrombotica (§ 3.7). In caso di dubbio invio allo specialista. Monitoraggio della eventuale terapia antitrombotica: intervento educativo, controllo e sostegno della compliance al trattamento, valutazione e trattamento degli eventuali effetti collaterali. Prescrizione e gestione della eventuale terapia antitrombotica, in autonomia o in collaborazione con lo specialista. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica, ECgrafica ed ecocardiografica periodica. Indicazione, prescrizione e follow-up della terapia antitrombotica.
Follow-up del paziente con FA parossistica.	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio della eventuale terapia antiaritmica: intervento educativo, controllo e sostegno della compliance al trattamento, valutazione e trattamento degli eventuali effetti collaterali (§ 3.3). Valutazione della opportunità di instaurare una terapia antitrombotica (§ 3.7). In caso di dubbio invio allo specialista. Monitoraggio della eventuale terapia antitrombotica: intervento educativo, controllo e sostegno della compliance al trattamento, valutazione e trattamento degli eventuali effetti collaterali. Prescrizione e gestione della eventuale terapia antitrombotica, in autonomia o in collaborazione con lo specialista. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione della indicazione alla profilassi antiaritmica. Prescrizione della terapia antiaritmica a scopo profilattico. Valutazione della eventuale indicazione alla procedura ablativa. Rivalutazione clinica e strumentale periodica.
Pazienti con sintomi critici suggestivi per FA parossistica	<ul style="list-style-type: none"> Educazione del paziente ad una corretta valutazione dei sintomi e delle caratteristiche del polso. Eventuale invio allo specialista per l'approfondimento diagnostico. Eventuale registrazione dell'ECG nel caso i disturbi siano presenti al momento della visita. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione clinica e strumentale

3. Approfondimenti

3.1 Valutazione dei fattori predisponenti e/o scatenanti.

Anche se solo alcune cause e fattori scatenanti sono modificabili, vanno ricercati sempre in quanto importanti per prognosi e terapia.

- Ipertensione arteriosa;
- Valvulopatie, soprattutto mitraliche: sempre ecocardiogramma (una tantum);
- Cardiomiopatie: sempre ecocardiogramma (una tantum);
- Coronaropatia: sempre almeno indagine anamnestica + ECG (possibilmente al ripristino RS);
- Cardiopatie congenite: sempre ecocardiogramma (una tantum);
- Pericardite, miocardite: sempre anamnesi, esame obiettivo e ecocardiogramma ;
- Importante patologia infettiva: sempre anamnesi e esame obiettivo ed eventuali esami del caso;
- Iper o ipotiroidismo: sempre anamnesi, esame obiettivo e test tiroidei;
- Importanti alterazioni elettrolitiche: sempre anamnesi mirata e esami ematochimici;
- Intossicazione/astinenza da alcol; eccesso fumo sigaretta, altre sostanze tossiche: sempre anamnesi mirata;
- Neoplasie, soprattutto polmone e mediastino: sempre anamnesi, esame obiettivo e eventualmente RX torace;
- Sarcoidosi, amiloidosi, feocromocitoma: da ricercarsi in caso di elementi suggestivi;
- Recenti chirurgia cardiaca e non cardiaca.

In sintesi gli accertamenti da eseguirsi sempre sono:

- anamnesi ed esame obiettivo che considerino le cause/concause più frequenti
- elettroliti
- funzionalità tiroidea
- ECG (non solo per documentare l'aritmia, ma anche per una valutazione globale del tracciato, quindi anche in ritmo sinusale, se ripristinato)
- ecocardiogramma

3.2 Ripristino del ritmo sinusale: cardioversione

Quando: la possibilità di cardioversione deve essere considerata nei pazienti in cui è prevedibile un favorevole rapporto rischio/beneficio (vedi § 2.2).

L'invio è:

- urgente in caso d'instabilità emodinamica;
- entro 48 ore dal momento d'insorgenza in caso stabilità emodinamica;
- dopo adeguata profilassi antitrombotica (3-4 settimane dal raggiungimento di INR 2-3) in caso di FA persistente da tempo ed asintomatica. Si ricorda che la scoagulazione va mantenuta per altre 4 settimane dopo il ripristino del ritmo sinusale in quanto il recupero della funzione contrattile degli atri può richiedere giorni o settimane (fase di "stordimento" degli atri) condizione che può favorire il formarsi di trombi anche in soggetti che ne erano esenti prima della cardioversione.

Entrambe le metodiche di cardioversione (farmacologica ed elettrica) sono considerate appropriate in quanto supportate da prove di efficacia. Non vi sono, però, studi comparativi che consentano di decretare la superiorità di una delle metodiche.

Dove: anche se spesso la prima scelta è una cardioversione farmacologica, il paziente deve essere riferito ad ospedale dotato di possibilità di cardioversione elettrica; ulteriore elemento di preferenza è la disponibilità di ecocardiografia transesofagea. La disponibilità di questa metodica, infatti, consente di valutare l'eventuale presenza di trombosi atriale e, in assenza di questa, di effettuare la cardioversione senza dover effettuare le 3-4 settimane di terapia anticoagulante prima del trattamento. Questo approccio consente di ottenere risultati equivalenti allo schema tradizionale in termini di efficacia protettiva nei confronti delle tromboembolie e con un minor rischio di sanguinamento.

Controindicazioni assolute:

- previsione di intervento cardiocirurgico a brevissimo termine;
- impossibilità all'uso di anticoagulanti orali in presenza di severa valvulopatia emboligena mitralica o tricuspideale.

Controindicazioni relative:

- numerose recidive nonostante profilassi e correzione di eventuali fattori favorevoli o in vista, entro poche settimane, di intervento di ablazione transcatetere;
- presenza di patologie neoplastiche;
- età molto avanzata con FA asintomatica;
- presenza di controindicazione alla terapia profilattica delle recidive in caso questa sia ritenuta indispensabile a fronte di alto rischio di recidiva.

3.3 Profilassi delle recidive: terapia antiaritmica.

Circa il 50% dei pazienti in terapia profilattica presenta recidive contro l'80% circa di chi non assume farmaci a questo scopo. La decisione di sottoporre a profilassi e la scelta del farmaco dipende da a) numero e gravità degli episodi di recidiva b) risultati ottenuti precedentemente con altri farmaci c) altra patologia cardiaca e non cardiaca associata. In generale un unico episodio ben tollerato in assenza di cardiopatia non necessita di profilassi antiaritmica; negli altri casi questa terapia deve essere presa in considerazione.

È importante identificare precocemente una recidiva asintomatica e per questo motivo si può istruire il paziente all'autocontrollo (non ossessivo) del polso.

La prescrizione della terapia antiaritmica per la profilassi delle recidive è generalmente effettuata dallo Specialista. Il Medico di Medicina Generale ha il compito di vigilare sulla compliance del paziente alla terapia, istruendolo sul corretto uso dei farmaci e sui possibili effetti collaterali, di controllare periodicamente la frequenza cardiaca, la persistenza del ritmo sinusale, il livello degli elettroliti plasmatici, la funzione renale e la funzione tiroidea in caso di trattamento amiodarónico. Il controllo periodico dei parametri elettrocardiografici (vedi paragrafo successivo) può essere eseguito dal Medico di Medicina Generale, se in possesso di elettrocardiografo, o demandato allo Specialista nell'ambito di una valutazione periodica clinico-strumentale.

Note sulla terapia antiaritmica

La terapia farmacologica rimane il cardine terapeutico nella gestione dei pazienti con fibrillazione atriale. Questo perché sia che l'aritmia abbia carattere parossistico sia che abbia carattere cronico, la recidiva è molto probabile e, pertanto, la profilassi antiaritmica si rende necessaria. Ciò ha una importanza rilevante in termini di prevenzione del fenomeno tromboembolico, dello scompenso cardiaco e, forse, della mortalità cardiaca. Un trattamento profilattico dopo il primo episodio di fibrillazione atriale è raramente richiesto e parimenti nelle crisi sporadiche e ben tollerate da un punto di vista soggettivo ed emodinamico. Un trattamento betabloccante può risultare efficace nei pazienti che sviluppano l'aritmia durante sforzo fisico, anche se in genere in ciascun paziente non vi è una sola situazione scatenante. Nei pazienti con la cosiddetta "lone atrial fibrillation" (in assenza, cioè, di alterazioni strutturali significative del cuore) un betabloccante può essere somministrato come prima scelta, ma altrettanto efficaci risultano farmaci quali la flecainide, il propafenone e il sotalolo. Amiodarone e la dofetilide sono farmaci alternativi. Nelle forme cosiddette "vagali", la somministrazione di disopiramide può essere efficace per la sua azione vagolitica, mentre il propafenone è controindicato per la sua blanda azione betabloccante. Nelle forme mediate da un aumentato tono adrenergico, il beta bloccante è il farmaco di prima scelta e poi l'amiodarone. In tutti i pazienti, quando la monoterapia antiaritmica fallisce, possono essere proposte le diverse associazioni antiaritmiche (betabloccante o sotalolo o amiodarone più un farmaco della classe IC). Il monitoraggio dei farmaci antiaritmici durante il follow up è essenziale; nei farmaci della classe IC bisogna monitorare la durata del complesso QRS e un test da sforzo periodico è importante perché un aumento della conduzione intraventricolare può essere slatentizzata dall'esercizio fisico. Per i farmaci della classe IA e III, è cruciale il monitoraggio dell'intervallo QT, che non deve eccedere 520 ms in ritmo sinusale. Inoltre, il controllo periodico degli elettroliti plasmatici e della funzione renale è importante, perché un'insufficienza renale può

comportare accumulo di farmaci e favorire fenomeni proaritmici. Generalmente, la proaritmia è rara nei pazienti con normale funzione ventricolare sinistra e normale intervallo QT senza spiccata bradicardia. Se non vi è evidenza di disfunzione sinusale o della conduzione AV, la flecainide e il propafenone possono essere iniziati anche ambulatorialmente; talora può essere utile associare un betabloccante nel caso di recidiva ad alta frequenza o di comparsa di flutter con conduzione AV 1:1. Il sotalolo può essere iniziato anche ambulatorialmente a patto che l'intervallo QT sia inferiore a 450 ms, il profilo elettrolitico sia normale e non sussistano fattori di rischio legati ai farmaci della classe III. L'amiodarone è in genere iniziato ambulatorialmente, avendo un ampio margine di sicurezza, anche se spesso è richiesto un carico iniziale, per il quale è preferibile l'ambiente ospedaliero.

In alcune condizioni cliniche, si richiede una selezione della terapia antiaritmica.

- **Disfunzione ventricolare:** Questi pazienti sono particolarmente proni a manifestazioni proaritmiche, ma in genere farmaci quali l'amiodarone e la dofetilide sono considerati relativamente sicuri.
- **Coronaropatia:** Il betabloccante può essere un farmaco di prima scelta, ma così pure il sotalolo dato che esplica attività betabloccante ed è meno tossico dell'amiodarone. La flecainide e il propafenone dovrebbero essere evitati in questa condizione clinica. La dofetilide è da considerarsi farmaco di seconda scelta, mentre di terza scelta farmaci quali la chinidina, la procainamide e la disopiramide.
- **Cardiopatía ipertensiva:** Dato che i pazienti con ipertrofia ventricolare sinistra sono più proni a sviluppare torsioni di punta, i farmaci che prolungano l'intervallo QT, quali il sotalolo, la chinidina non costituiscono farmaci di prima scelta, come invece la flecainide e il propafenone. L'amiodarone, nonostante possa prolungare l'intervallo QT, è associato a basso rischio di proaritmia ventricolare, è pertanto può essere utilizzato, soprattutto quando una spiccata ipertrofia è presente.

Classificazione dei farmaci antiaritmici

Classe	IA	IB	IC	II	III	IV
Farmaci	Chinidina Procainamide Disopiramide	Lidocaina Mexiletina	Flecainide Propafenone Moricizina	Beta-bloccanti	Amiodarone Dofetilide Ibutilide Sotalolo	Calcio-antagonisti

Note sui farmaci antiaritmici più comunemente utilizzati

Farmaco	Dosaggio giornaliero	Potenziali effetti collaterali
Amiodarone	100-400 mg	Fotosensibilità, tossicità polmonare, polineuropatia, torsione di punta, tossicità tiroidea, epatica
Dofetilide	500-1000 mcg	Torsione di punta
Flecainide	100-300 mg	Tachicardia ventricolare, scompenso cardiaco, aumentata conduzione AV
Propafenone	450-900 mg	Tachicardia ventricolare, scompenso cardiaco, aumentata conduzione AV
Chinidina	600-1500 mg	Torsione di punta, disturbi gastroenterici aumentata conduzione AV
Disopiramide	400-750 mg	Torsione di punta, glaucoma ritenzione urinaria, secchezza delle fauci
Procainamide	1000-4000 mg	Torsione di punta, lupus eritematoso, disturbi gastroenterici
Sotalolo	240-320 mg	Torsione di punta, bradicardia, esacerbazione broncospasma, scompenso cardiaco

3.4 Controllo della frequenza cardiaca

Il mantenimento di un'adeguata frequenza cardiaca ha lo scopo di minimizzare i sintomi e ridurre il deterioramento della funzione cardiaca. Se il paziente presenta una frequenza < 70/min. non è necessaria alcuna terapia. Più frequentemente bisogna utilizzare farmaci allo scopo di mantenere i battiti tra 70 e 90 al minuto a riposo e non più di 130 al minuto nel corso di sforzi medio lievi.

I farmaci utilizzabili sono:

- digitale,
- verapamil,
- diltiazem,
- beta bloccanti.

Sebbene vi siano teoricamente motivi per scegliere uno o l'altro di questi farmaci a seconda della tipologia del paziente, non vi sono al momento prove della superiorità dell'uno nei confronti dell'altro. Ovviamente la presenza di patologie concomitanti o di controindicazioni possono influenzare la scelta. Se la frequenza cardiaca non è adeguatamente controllata dal dosaggio pieno di una sola molecola è possibile l'associazione: digitale+verapamil (ricordando che il verapamil aumenta la digossinemia e, molto meno, la digitossinemia), digitale + diltiazem (possibile interazione: monitorare la digittalemia), digitale + beta bloccante, beta bloccante + diltiazem (con una certa prudenza).

Nel caso i farmaci risultino insufficienti o inefficaci si può ricorrere all'ablazione-modificazione del nodo AV tramite catetere a radiofrequenza.

3.5 Approcci alternativi non farmacologici: ablazione transcatetere

A fronte delle più recenti acquisizioni, l'approccio ablativo transcatetere, mirato ad ottenere l'isolamento elettrico delle vene polmonari (sede riconosciuta dei focolai innescanti la fibrillazione atriale), può essere proposto a quei pazienti con frequenti recidive (1-2 episodi ogni 2 mesi circa) nonostante diversi tentativi di controllo antiaritmico e con importante alterazione della qualità di vita. E' importante consultare i Centri di Aritmologia o Specialisti che offrono tale possibilità, dato che la percentuale di successo è dell'ordine del 70-75%.

Tale metodica ha lo scopo di curare l'aritmia o, comunque, di ridurre drasticamente il numero di episodi aritmici con conseguente miglioramento della qualità di vita del paziente. Il successo clinico, inteso come sostanziale scomparsa degli episodi clinici, è anche considerato quello ottenuto dall'ablazione associato all'uso dei farmaci antiaritmici, risultati inefficaci prima dell'intervento ablativo. I rischi connessi all'ablazione transcatetere sono quelli legati alla potenziale comparsa, anche a distanza di mesi, di stenosi delle vene polmonari (nel 5-10% nelle casistiche maggiori); a fenomeni tromboembolici durante la procedura e a tamponamento cardiaco qualora la potenza erogata della radiofrequenza è superiore a certi valori. Questi rischi possono ridursi se l'ablazione viene effettuata usando una differente sorgente di energia, quale la crioenergia.

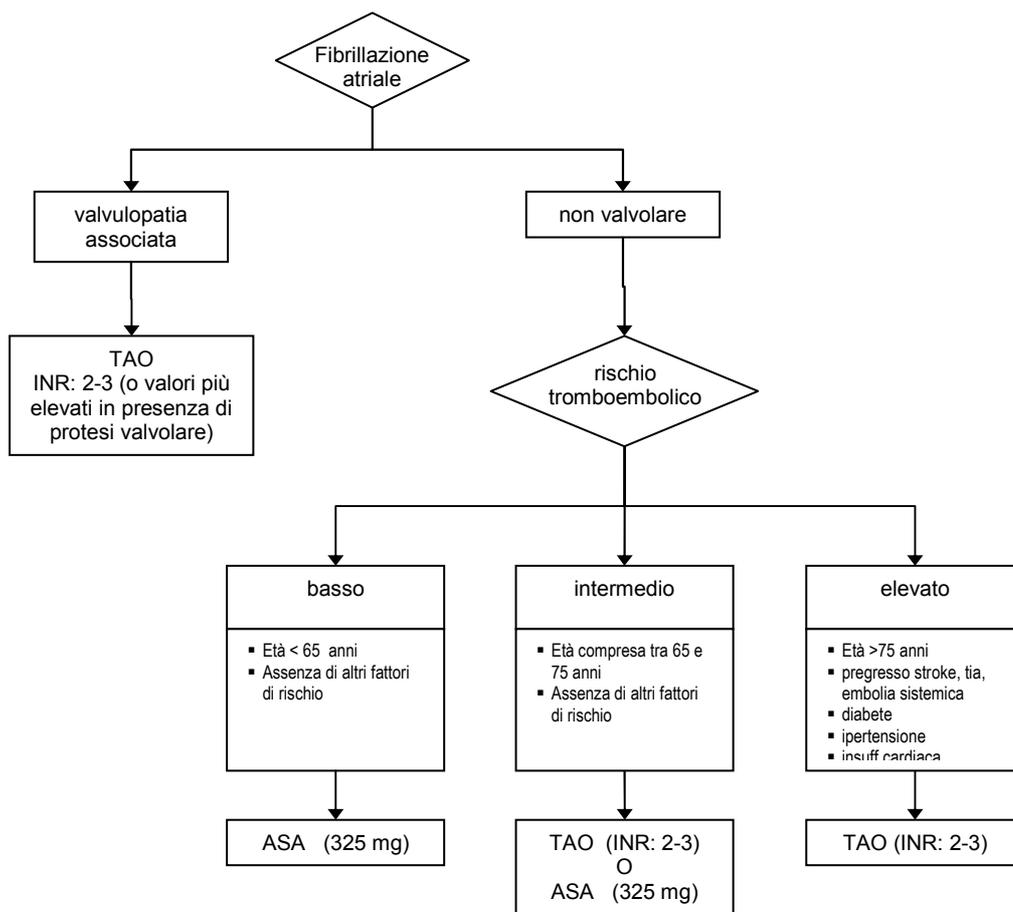
3.6 Approcci alternativi non farmacologici: pacing

Solo nei pazienti con comprovata disfunzione del nodo seno-atriale e con numerosi episodi di tachiaritmia innescati da fasi di spiccata bradicardia, può essere proposto l'impianto di pacemaker volti a una stimolazione costante in atrio e dotati di algoritmi specifici per il riconoscimento dell'inizio della fibrillazione atriale e per l'interruzione della stessa. L'utilizzo del pacing, associato a terapia antiaritmica, può essere efficace in circa il 60% dei pazienti con tali caratteristiche cliniche, sebbene tale approccio non sia stato validato come terapia primaria per la prevenzione della fibrillazione atriale.

3.7 Valutazione e correzione del rischio trombo-embolico

Le seguenti raccomandazioni (a-e) e la relativa flow-chart sono tratte dalle linee guida ACCP 2004 (18). Il punto f è stato aggiunto, in accordo con le linee guida italiane SPREAD (2) edizione 2003, per tenere conto delle condizioni di elevata comorbidità e ridotta compliance che frequentemente si riscontrano nella pratica della Medicina Generale.

- a. Nel paziente con fibrillazione atriale associata a valvulopatia è indicata la terapia anticoagulante orale (TAO) mantenendo un INR 2-3 indipendentemente da altri fattori di rischio.
- b. Nei pazienti con fibrillazione atriale portatori di protesi valvolare è sempre indicata la TAO mantenendo un INR 2-3. In funzione del tipo e del posizionamento della valvola e di altri fattori legati al paziente può essere necessario aumentare il valore target di INR e aggiungere ASA.
- c. Nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare ad alto rischio tromboembolico, è indicata la TAO (INR 2-3). Sono considerati ad alto rischio i soggetti che presentino una o più delle seguenti condizioni:
 - pregresso ictus, TIA o embolia sistemica
 - età superiore a 75 anni
 - disfunzione del ventricolo sinistro di grado moderato o severo con o senza sintomi di scompenso cardiaco
 - ipertensione arteriosa
 - diabete mellito
- d. Nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare di età compresa fra 65 e 75 anni e senza altri fattori di rischio sono possibili sia la TAO (INR 2-3) sia la terapia antiaggregante con ASA alla dose di 325 mg/die.
- e. Nei pazienti di età inferiore ai 65 anni e con fibrillazione atriale non valvolare e senza altri fattori di rischio è indicata la terapia antiaggregante con ASA alla dose di 325 mg/die.
- f. In alternativa alla terapia anticoagulante è indicata l'ASA (325 mg/die), che risulta provvista di efficacia, sia pure in misura inferiore, nelle seguenti condizioni:
 - nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare di età superiore a 65 anni, in cui sia controindicata la terapia anticoagulante orale;
 - nel paziente di età superiore a 75 anni in cui si ritenga prevalente il rischio emorragico su quello trombo-embolico;
 - nei casi in cui sia prevedibile una scarsa compliance o vi siano difficoltà di accesso a un monitoraggio affidabile.



3.8 Gli strumenti diagnostici per l'identificazione dei sintomi non persistenti

Holter

Vantaggi

- può registrare aritmie non avvertite dal paziente, ma utili per una definizione diagnostica
- può fornire indicazioni sull'"innesco" dell'aritmia, utili allo specialista per la scelta del farmaco
- può fornire informazioni complementari utili (frequenza cardiaca media, periodi di bradi/tachicardia sinusale, alterazioni suggestive di ischemia, ecc.)
- disponibilità di più derivazioni contemporaneamente.

Svantaggi:

- periodo monitorato relativamente breve (24 o 48 ore)
- scomodo per il paziente (generalmente bisogna ricorrere ai servizi ospedalieri, con i tempi e i disagi del caso)

Loop recorder.

Piccolo apparecchio che registra e cancella in continuo una (più raramente due) derivazioni. Il paziente può "conservare" un periodo di registrazione di alcuni minuti nel momento in cui avverte l'aritmia o il sintomo (alcuni apparecchi consentono di mantenere in memoria più episodi di alcuni minuti) agendo direttamente sull'apparecchio.

Vantaggi

- tempi più lunghi di registrazione (anche 10 giorni)
- ottima tollerabilità a causa del minimo ingombro
- comodo per il paziente nel caso il medico disponga direttamente dell'apparecchio.

Svantaggi

- necessita della collaborazione del paziente
- può registrare solo le aritmie avvertite
- scarsa durata del periodo registrato
- conseguente possibile perdita di informazioni complementari utili (vedi vantaggi Holter)

4. Bibliografia

1. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *European Heart Journal* (2001) 22, 1852–1923
2. SPREAD 2003 - Linee guida Italiane sullo stroke (www.spread.it)
3. 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.
4. *Fam Pract* 2000 Aug;17(4):337-9
5. *J Clin Epidemiol* 2002 Apr;55(4):358-63
6. *Stroke* 2000 Jun;31(6):1217-22
7. *Am Heart J* 1999 Feb;137(2):307-12
8. *Heart* 1998; 79: 50-55
9. *Lancet* 1998; 352: 1167-1171
10. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 285-289
11. *Br J Gen Pract* 2002; May;52(478):373-4, 377-80
12. *Br J Gen Pract* 2000; Sep;50(458):727-9
13. *Circulation* 2002; 106: 388-391
14. *J Cardiovasc Electrophysiol* 1998;9: S121–S126.
15. *NEJM* 2002; 347: 1825-1833.
16. *NEJM* 2002; 347: 1834-1840.
17. *Family Practice* 2003; 20: 16-21
18. *Chest.* 2004;126:429S-456S

5. Allegato 1: Come vivere con la fibrillazione atriale

COME VIVERE CON LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

La fibrillazione atriale è una alterazione del ritmo cardiaco e può essere presente in molte malattie.

Qualche volta può presentarsi anche per motivi che non dipendono direttamente dal cuore.

Innanzitutto devi sapere che molto raramente la Fibrillazione Atriale costituisce una minaccia grave per la vita. E' importante, piuttosto, conoscere le caratteristiche di questa aritmia insieme ai comportamenti da seguire.

L'opuscolo serve a fornirti tutti le informazioni utili per co-gestire la tua malattia insieme al medico.

COME FUNZIONA IL CUORE

Il Cuore è una pompa, costituito da 4 camere o cavità (2 atri, superiormente e 2 ventricoli, inferiormente) Gli atri comunicano con i rispettivi ventricoli attraverso due valvole (mitrale e tricuspide) Dai ventricoli nascono due grosse arterie (polmonare che porta il sangue ai polmoni e aorta che porta il sangue a tutto il corpo).

L'aorta e la polmonare sono fornite di valvole.

Il Cuore batte con regolarità (si contrae e si rilascia) e in modo ritmico e ad una certa velocità. Ad ogni battito corrisponde la contrazione e rilasciamento della pompa. I battiti del cuore vengono calcolati al minuto e costituiscono la cosiddetta frequenza cardiaca. Normalmente i battiti cardiaci variano da 60 a 100 al minuto durante il riposo, mentre aumentano durante gli sforzi o le emozioni.

I battiti cardiaci hanno origine a livello degli atri in una "centralina elettrica" chiamata "Nodo del Seno"; questa centralina è il punto di partenza e di comando di ogni impulso o battito che si diffonde, regolarmente, a tutto il cuore lungo un sistema elettrico e questo permette la contrazione e il rilasciamento del cuore.

COS'E' LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Quando la "centralina elettrica" (nodo del seno) perde il comando degli impulsi e quindi la sua regolarità (per intenderci viene a mancare il comandante) prendono il sopravvento tantissimi altri piccoli punti distribuiti sempre nell'atrio. In questo caso i battiti del cuore e quindi la contrazione dell'organo diventano irregolari e possono aumentare anche notevolmente per ogni minuto (anche fino a 150-180 per minuto). Diciamo allora che è presente l'aritmia da fibrillazione atriale.

La fibrillazione atriale non è rara, soprattutto dai 65 anni in poi. Nei soggetti molto anziani può interessare anche una persona su dieci.

QUALI SONO LE CAUSE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Tante sono le malattie che possono provocare la Fibrillazione atriale:

(insufficienza o scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, malattie delle valvole, etc.). Qualche volta la fibrillazione atriale dipende da alterazioni della tiroide e da altre patologie non cardiache. Il tuo medico ti spiegherà la causa della tua fibrillazione atriale.

Con la fibrillazione atriale è possibile condurre una vita normale anche se il cuore perde una parte della sua efficienza. E' un cuore senza "comandante" e quindi è importante conoscere, controllare, verificare e saper gestire i problemi di questa aritmia cardiaca.

La fibrillazione atriale può comparire sia in un cuore già ammalato che in un cuore sano. In generale i disturbi saranno tanto maggiori quanto più grave sarà la malattia di base.

A volte la fibrillazione atriale scompare senza alcuna terapia, ma, nonostante ciò, aspettare senza far nulla non è considerata una buona scelta, perché intervenire in ritardo può esporre a rischi e rendere più difficili le cure.

La fibrillazione atriale si può presentare in forma improvvisa, ad episodi oppure può essere stabilizzarsi e diventare quindi cronica.

QUALI DISTURBI PROVOCA LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Spesso la fibrillazione atriale non dà particolari disturbi soprattutto quando è diventata stabile, cioè cronica e quindi duratura nel tempo. Altre volte i disturbi più frequenti sono:

- palpitazioni
- debolezza
- mancanza di fiato soprattutto durante gli sforzi fisici
- dolore o senso di oppressione al petto
- capogiri
- sudorazione fredda
- svenimenti
- perdita momentanea di conoscenza.

QUALI RISCHI COMPORTA LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

La fibrillazione atriale può provocare due tipi di problemi:

- ridurre l'efficienza del cuore a pompare il sangue
- favorire le embolie (piccoli "grumi" di sangue coagulato che dal cuore vanno a localizzarsi in altri organi (cervello, arti inferiori, arterie addominali); in caso di queste complicanze il rischio per la vita può essere alto

Naturalmente se il cuore è già ammalato le conseguenze della fibrillazione atriale sono più importanti .

Il rischio non è però uguale in tutti i casi, ma dipende dalle malattie eventualmente già presenti; per questo motivo la fibrillazione atriale può essere poco pericolosa per un paziente, ma pericolosissima per un altro. Questo opuscolo serve appunto a fornirti delle adeguate informazioni per meglio gestire la fibrillazione atriale e quindi renderla meno pericolosa possibile.

COME SI FA LA DIAGNOSI DI FIBRILLAZIONE ATRIALE?

La visita del medico permette di acquisire elementi importanti per la diagnosi anche se l'elettrocardiogramma rimane l'esame fondamentale per dimostrare l'aritmia.

Qualche volta è necessario ricorrere alla registrazione dell'elettrocardiogramma per 24 o 48 ore (Holter) oppure a piccoli apparecchi che usa il paziente per registrare il suo ritmo cardiaco in caso di disturbi (loop-recorder)

LE CURE PER LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Le cure per la fibrillazione atriale presuppongono fondamentalmente quelle della malattia di base che ha provocato l'aritmia o che si associa alla stessa.

Il primo obiettivo della cura è quello di ripristinare il ritmo regolare del battito cardiaco (ritmo sinusale) cioè ristabilire il comando della centralina elettrica, un altro obiettivo è quello di ridurre o abolire la possibilità di embolie.

I farmaci più usati sono:

- Farmaci antiaritmici
- Farmaci per rallentare la frequenza
- Farmaci che riducono l'aggregazione delle piastrine
- Gli anticoagulanti (sostanze che servono ad impedire la coagulazione del sangue e quindi la formazione di trombi ed emboli)
- Accorgimenti non farmacologici (stile di vita, alimentazione corretta, attività fisica)

Altri presidi terapeutici sono:

- La Cardioversione elettrica
- L'Ablazione transcateretere
- Mininterventi chirurgici

SI PUO' GUARIRE DALLA FIBRILLAZIONE ATRIALE?

La fibrillazione atriale è una condizione assai resistente alle cure. Tende infatti a recidivare se non viene seguita una profilassi continua con farmaci specifici. L'assunzione di farmaci antiaritmici può infatti prevenire per molto tempo la ricomparsa della fibrillazione atriale.

PERCHÉ I FARMACI ANTIARITMICI?

I farmaci antiaritmici vengono usati per ripristinare il ritmo regolare del cuore e quindi abolire l'aritmia da fibrillazione atriale oppure per evitare che l'aritmia si ripresenti.

CHE COS'È LA CARDIOVERSIONE ELETTRICA?

Mediante il comune defibrillatore (scarica elettrica esternamente sul torace) è possibile annullare tutti i punti dai quali partono gli impulsi della fibrillazione atriale. In tal modo prende il sopravvento la primitiva "centralina elettrica" (nodo del seno) e quindi viene ripristinato il ritmo sinusale.

Questa metodica va fatta sempre in Ospedale e in casi con specifica indicazione suggerita dallo specialista.

CHE COS'È L'ABLAZIONE TRANSCATERETERE?

Attraverso una vena della coscia (all'inguine) si introduce un sottile catetere fino al cuore. Lungo questo catetere viene fatta passare della corrente elettrica a bassa intensità che riscalda la punta del catetere la quale provoca delle piccole bruciature in alcuni punti prestabiliti lungo il sistema elettrico del cuore.

I casi che possono trarre beneficio da tale procedura vanno selezionati da un cardiologo aritmologo esperto. Durante l'esame il paziente è sveglio; viene fatta solo l'anestesia locale nel punto di introduzione del catetere e, in generale, non esistono disturbi rilevanti e complicazioni importanti.

Attualmente, inoltre, si stanno praticando altri procedimenti chirurgici, sempre mediante cateteri introdotti nel cuore e che risultano, allo stato, promettenti per il futuro.

LA SCELTA TERAPEUTICA DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE, FARMACOLOGICA E NON, DIPENDE DALLA VALUTAZIONE CHE IL MEDICO EFFETTUA, CASO PER CASO, ED È QUINDI STRETTAMENTE INDIVIDUALE.

PERCHE' LA TERAPIA ANTICOAGULANTE?

E' possibile che il medico vi proponga la terapia con anticoagulanti orali (farmaci che ostacolano la coagulazione del sangue). Lo scopo è quello di rendere più difficile la formazione di "grumi" di sangue coagulato e quindi di rendere meno probabile un'embolia. Questa terapia è consigliata sempre per alcune settimane sia prima che dopo la cardioversione.

Quando non è possibile eliminare la fibrillazione atriale gli anticoagulanti risultano utili soprattutto nei pazienti con alto rischio per ridurre la probabilità di complicanze emboliche. Se il rischio è invece molto basso l'uso di questi farmaci non è giustificato. Nella seconda parte dell'opuscolo sono contenute tutte le spiegazioni per quei pazienti che fanno uso di farmaci anticoagulanti per via orale.

COSA DEVI IMPARARE PER LA GESTIONE DELLA TUA FIBRILLAZIONE ATRIALE?

- Saper contare i battiti cardiaci.
- Misurare la pressione arteriosa
- Riconoscere alcuni sintomi importanti in fase precoce per contattare il proprio medico curante
- Essere informato adeguatamente sui farmaci anticoagulanti mediante lo specifico manuale.
- Utilizzare schede e diario per il controllo dei dati
- Partecipare ad incontri educativi strutturati.

QUANDO CONTATTARE URGENTEMENTE IL MEDICO O IL 118

- Quando compare improvvisamente mancanza di respiro o grave debolezza o sudorazione fredda.
- Quando compare dolore o peso al torace
- Quando compare improvvisa debolezza ad un braccio e/o ad una gamba
- Quando compare improvvisa difficoltà a parlare
- Quando vi è perdita di conoscenza

6. Allegato 2: La terapia anticoagulante (TAO): casa sapere

CHE COSA SONO GLI ANTICOAGULANTI ORALI?

Gli anticoagulanti orali o dicumarolici (Coumadin e Sintrom) sono farmaci in grado di modificare la coagulazione del sangue; quindi, questi farmaci riducono la possibilità della formazione di trombi (grumi di sangue) nei pazienti che, per la loro malattia, molto facilmente corrono questo rischio.

PERCHÉ SI DEVONO PRENDERE FARMACI COME GLI ANTICOAGULANTI ORALI?

Alcune malattie (Fibrillazione atriale, Valvole cardiache artificiali, trombosi delle vene delle gambe etc) possono complicarsi con la formazione di “grumi di sangue” e quindi di trombi che staccandosi dalla loro sede di origine provocano embolie che rappresentano una evenienza molto grave e pericolosa per la vita. Embolia significa che il trombo si stacca e lungo il torrente sanguigno va a fermarsi nelle arterie o nelle vene di altro organi (polmoni, cervello, gambe etc)

COME FUNZIONANO GLI ANTICOAGULANTI ORALI ?

Gli anticoagulanti orali (si chiamano così perché sono solo a compresse) bloccano l'azione della vitamina K che serve per attivare alcune sostanze, e quindi, indirettamente, rendono il sangue meno coagulabile. C'è quindi antagonismo tra dicumarolici (Coumadin e Sintrom) e vitamina K.

COME SI MISURA L'EFFICACIA DEGLI ANTICOAGULANTI ORALI ?

L'azione di questi farmaci provoca un rallentamento della capacità di formazione del coagulo. Tuttavia il loro effetto è molto variabile tra i diversi individui e può variare nel tempo anche per lo stesso individuo. In altre parole, la quantità del farmaco necessaria ad ogni persona può essere molto diversa, con dosi anche dieci volte maggiori tra un individuo e l'altro. Pertanto, per valutare l'efficacia del farmaco, è necessario fare riferimento ad un esame di laboratorio che si chiama INR e si esprime con un numero.

Quando si comincia questa terapia, il medico, in rapporto al tipo di malattia, stabilisce i numeri entro i quali deve essere l'INR. Questo significa che se il medico ha stabilito che l'INR deve essere, per esempio, fra 2,5 e 3,5, vuol dire al controllo si possono presentare tre ipotesi:

- 1) il valore dell'esame è compreso fra i due numeri stabiliti: allora non bisogna modificare la dose del farmaco assunta fino a quel momento
- 2) il valore dell'esame è superiore al numero massimo: allora bisogna diminuire il dosaggio
- 3) il valore dell'esame è inferiore al numero minimo: allora bisogna aumentare il dosaggio

E' il medico a decidere di quanto aumentare o diminuire la dose.

COME E QUANDO PRENDERE IL FARMACO ANTICOAGULANTE (COUMADIN O SINTROM)?

Il Coumadin o Sintrom si assumono una volta al giorno, meglio se lontano dai pasti, nelle ore centrali del pomeriggio. E' comunque consigliabile prendere il farmaco sempre alla stessa ora.

E' opportuno registrare le dosi assunte su un apposito diario con attenzione per ridurre le possibilità di errore, insieme al valore dell'INR fornito dal laboratorio.

OGNI QUANTO TEMPO CONTROLLARE L'INR?

Generalmente è sufficiente controllare l'INR ogni due-tre settimane. Alcune volte il tuo medico ti consiglierà di farlo più spesso

DOVE EFFETTUARE IL CONTROLLO DELL'INR?

E' preferibile andare sempre allo stesso laboratorio e comunque dove si effettua l'INR

E' possibile, anche, effettuare la misurazione dell'INR al proprio domicilio mediante un apparecchio che utilizza il sangue capillare da un dito, simile a quello usato dalle persone diabetiche per la glicemia

PARTICOLARI ACCORGIMENTI DA USARE DURANTE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE

L'alimentazione:

Nessun cibo è da considerare "proibito". Tuttavia alcuni alimenti possono interferire con la coagulazione e quindi basta saperlo e adeguare il dosaggio del farmaco soprattutto quando ci sottoponiamo a particolari diete.

Alimenti da evitare:

- le verze e il prezzemolo (in quantità elevate),
- broccoli, cavoletti, cavolo cappuccio, spinaci, cime di rapa, germogli, lattuga (per quantità superiore a 100 grammi)
- asparagi, avocado, piselli, lenticchie, semi di soia, altra insalata verde, fegato (evitare importanti modifiche nelle quantità)

Interferenza con altri farmaci:

Alcuni farmaci possono modificare la risposta ai farmaci anticoagulanti, a volte con un aumento, a volte con una diminuzione dell'INR.

E' importante tuttavia sapere che in caso di bisogno qualunque farmaco può essere usato, con l'attenzione a effettuare controlli più frequenti dell'INR qualora si sappia che questo farmaco può interferire con gli anticoagulanti orali o, come accade molto spesso, quando non si è certi degli effetti che può determinare.

E'opportuno, inoltre, evitare l'iniezione di farmaci per via intramuscolare, perché si possono creare ematomi. Le vaccinazioni possono essere eseguite regolarmente, avendo cura di fare l'iniezione sottocute.

Comparsa di altre malattie

In caso si presentino altre malattie sarà necessario intensificare il numero dei controlli dell'INR, se si tratta di episodi importanti, di lunga durata o di malattie quali diarrea o malattie della tiroide.

Consulta sempre il medico in caso di variazioni dell'alimentazione e di assunzione di farmaci nuovi.

QUALI SONO I RISCHI DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

Le emorragie

Dal momento che i farmaci anticoagulanti ritardano il normale processo di coagulazione del sangue, è possibile che durante il trattamento compaiano emorragie.

Possono comparire piccole emorragie (gengive, naso o per presenza di emorroidi; possono inoltre formarsi facilmente lividi sulla pelle anche per piccoli traumi.) Sono invece solitamente normali i tempi per la riparazione di piccole ferite o di escoriazioni e non è necessario pertanto prendere alcuna particolare

precauzione nello svolgimento delle attività quotidiane. Per le donne giovani l'assunzione dei farmaci anticoagulanti non determina di solito modificazioni importanti del ciclo mestruale e solo raramente il flusso mestruale può essere un po' aumentato d'intensità. Emorragie vaginali importanti solitamente compaiono solo se sono presenti alterazioni dell'utero come ad esempio i fibromi. E' pertanto necessaria, in questa eventualità, una valutazione ginecologica accurata. Nel caso di traumi importanti, è necessario controllare l'INR anche se non ci sono sanguinamenti evidenti: una lesione profonda può causare una emorragia nascosta, pertanto un valore di INR troppo alto in quel momento può essere pericoloso più di quanto non lo sia nelle condizioni abituali.

Tutte le volte che ci si presenta ad un medico per qualunque problema si deve fare presente che si sta assumendo un farmaco anticoagulante;

Le trombosi

Se la terapia anticoagulante è ben controllata e si mantiene l'INR all'interno dell'intervallo indicato, i farmaci anticoagulanti proteggono dalla formazione di trombi. Tuttavia, in casi eccezionali, per lo scarso controllo della terapia o per la comparsa di altre condizioni di malattia fino ad allora non presenti, possono comparire sintomi riferibili alla formazione di trombi. È necessario allora determinare subito l'INR e rivolgersi prontamente al medico.

Altri effetti dei farmaci anticoagulanti orali

Sono tutti farmaci molto ben tollerati, che non danno rilevanti problemi ad altri organi.

QUANDO CONSULTARE IL MEDICO

- In caso di estrazioni dentarie
- In caso di esami endoscopici
- In caso di modificazioni dell'abituale stato di salute
- Quando è stato assunto, per errore, un dosaggio diverso di quello abituale
- Quando compare sangue nelle urine, dal naso, dalle gengive, lividi grossolani per piccoli traumi o spontanei, sangue nelle feci molto abbondante o feci nere, mestruazioni molto abbondanti rispetto al flusso abituale

CONDIZIONI PARTICOLARI

Gravidanza, allattamento

Tutti i farmaci anticoagulanti somministrabili per bocca non possono essere utilizzati in gravidanza, in quanto pericolosi per il bambino. E' necessario perciò che le donne in età fertile evitino una gravidanza mentre assumono questa terapia; qualora abbiano il dubbio della presenza di una possibile gravidanza devono subito fare un test per accertarla e rivolgersi al medico, in modo da poter sospendere gli anticoagulanti orali entro la 6a settimana di gravidanza. Quando si desidera una gravidanza si devono sostituire i farmaci anticoagulanti con l'eparina con iniezioni sottocute

Le donne in trattamento con anticoagulanti orali possono invece allattare, senza che questo provochi alcun rischio per il bambino.

Viaggi, sport

Non esiste alcuna limitazione per quanto riguarda la possibilità di viaggiare. Si deve solo tenere presente che di solito questo si accompagna a modificazioni delle abitudini alimentari, per cui si consiglia, se possibile, di variare poco il modo di mangiare o, altrimenti, di effettuare controlli dell'INR più frequenti. Si consiglia di evitare sport che possono esporre a rischi di traumi importanti. Per tutte le altre attività non è necessaria alcuna particolare precauzione.

Ha collaborato alla stesura dell'opuscolo:

Dott.ssa M.A. Cauteruccio (Psicologo della Salute della U.O. di Medicina Interna e Cardiologia Riabilitativa di Mormanno)
