

FIBRILAȚIA ATRIALĂ – UPDATE 2010*

dr. Anca-Laura Gabor

Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov

Abstract

Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia in clinical practice, accounting for approximately one third of hospitalizations for cardiac rhythm disturbances. AF is highly prevalent and growing. AF is associated with an increased long-term risk of stroke, heart failure, and all-cause mortality. Management of patients with AF involves 3 objectives: rate control, prevention of thromboembolism, and correction of the rhythm disturbance. The new paradigm include rate and rhythm control, mostly normal sinus rhythm if it's possible and appropriate anticoagulation according to the risk of bleeding.

Key-words: atrial fibrillation, rate control, rhythm control, thromboembolism prevention.

Considerații generale cu privire la pacientul cu fibrilație atrială

1. Stabilirea diagnosticului [1]

În stabilirea corectă a diagnosticului, trebuie ținut cont de următoarele observații:

✓ la examinarea ECG, fibrilația atrială (FiA) este caracterizată prin înlocuirea undelor P cu unde fibrilatorii f, ce variază în amplitudine, formă și durată;

✓ răspunsul ventricular este haotic și, adesea, rapid, dacă se păstrează intactă conducerea la nivel atrio-ventricular;

✓ în cazul purtătorilor de pacemaker este necesară oprirea temporară a acestor aparate, pentru o diagnosticare certă a FiA;

✓ FiA trebuie deosebită de flutterul atrial, care prezintă activitate atrială regulată, cu o frecvență tipic între 240-320 bpm, de tahicardia atrială multifocală, care prezintă diferite unde P, în funcție de locul de origine diferit, de la nivel atrial, și de tahicardiile supraventriculare regulate.

2. Determinarea simptomelor, a istoricului clinic și a tipului de FiA

Din punct de vedere clinic, FiA se clasifică în:

✓ FiA paroxistică: ≤ 7 zile, autolimitantă;

✓ FiA persistentă: > 7 zile, necesită intervenție pentru terminare;

✓ FiA permanentă: refractară la cardioversie;

✓ Este important de stabilit:

✓ debutul primului episod simptomatic sau data descoperirii FiA;

✓ debutul episodului curent;

✓ prezența și natura simptomelor asociate;

✓ frecvența, durata, factorii precipitanți și modul de terminare al episoadelor de FiA;

✓ prezența altor simptome care pot sugera posibila etiologie;

✓ istoricul evaluărilor anterioare și răspunsul la terapie;

✓ necesitatea montării unui event recorder pentru a corela, în mod corespunzător, simptomatologia cu tulburarea de ritm.

3. Excluderea bolii structurale cardiace

Pacienții care se prezintă cu un prim episod de FiA trebuie evaluați pentru boala cardiacă structurală. Prezența sau absența bolii cardiace individualizează managementul FiA. Boala arterială coronariană trebuie exclusă la pacienții cu factori de risc multipli.

4. Identificarea cauzelor secundare corectabile

În identificarea cauzelor secundare corectabile, trebuie excluse cauzele potențial -corectabile, cum ar fi: sindromul de apnee în somn, hipertiroidismul, sindromul Wolf-Parkinson-White, abuzul de alcool sau de droguri.

5. Dezvoltarea unei strategii terapeutice

Tratamentul FiA se adresează:

1) controlului frecvenței ,

2) controlului ritmului, precum și

3) prevenției tromboembolismului.

Scopurile terapiei au în vedere controlul simptomelor, prevenția AVC și reducerea numărului de spitalizări.

Spitalizarea se impune în cazul pacientului intens simptomatic, instabil hemodinamic sau al celui la care se inițiază terapia antiaritmică.

Cardioversia electrică poate fi făcută și în condiții de tratament ambulatoriu.

Atunci când cauza FiA este una reversibilă ca, de exemplu, chirurgia cardiacă, tratamentul pe termen lung nu este necesar.

Pacientul care continuă să fie simptomatic sau la care se întâmpină dificultăți în terapie, trebuie referit unui electrofiziolog.

6. Controlul frecvenței și al ritmului

Studiile AFFIRM, RACE și AF-CHF nu au demonstrat beneficii, raportate la mortalitate, între strategia de control a ritmului vs. cea a frecvenței [2]. Se preferă o strategie de control a frecvenței, fără restabilirea neapărată a ritmului sinusal la pacienții vârstnici și asimptomatici. În cazul în care controlul frecvenței nu înlătură simptomele, se are în vedere restabilirea ritmului sinusal (RS) pe termen lung. Cu toate acestea, restabilirea RS rămâne un deziderat important la mulți pacienți [3].

7. Prevenția AVC

Terapia antitrombotică de prevenție a trombembolismului se impune la toți pacienții cu FiA, cu excepția celor cu un episod singular de FiA (lone AF) sau a celor cu contraindicații la terapia cu dicumarinice. Aspirina asociată cu clopidogrel nu reprezintă o alternativă la terapia anticoagulantă orală cu antivitamină K. Studiul ACTIVE-A a arătat o eficiență crescută în prevenția trombembolismului la cei cu dublă antiagregare plachetară, dar cu risc de sângerare mai crescut față de terapia singulară cu aspirină. Pentru procedurile cu risc de sângerare, terapia anticoagulantă poate fi oprită cu aproximativ o săptămână înainte. Alternativele la dicumarinice, cum ar fi inhibitorii direcți de trombină sau de factor X activat, sunt în curs de investigare.

Scorul CHADS₂ este util în aprecierea clinică a riscului de sângerare la pacienții cu FiA nonvalvulară și a necesității terapiei anti-trombotice.

În ceea ce privește anticoagularea în vederea cardioversiei, toți pacienții cu debut de FiA de peste 48 de ore sau cu debut incert necesită anticoagulare timp de 3 săptămâni înaintea cardioversiei [4]. Ecografia transesofa-

giană, cu evidențierea trombusului în urechiușa stângă, poate constitui o alternativă la anticoagulare, cu precizarea că, lipsa materialului trombotic la acest nivel, recomandă anticoagularea cu heparină în momentul procedurii de cardioversie. Anticoagularea orală se continuă timp de 4 săptămâni postconversie cu INR țintă ≥ 2 .

8. Controlul frecvenței ventriculare

Controlul adecvat al răspunsului ventricular din timpul FiA îmbunătățește semnificativ simptomele și evită tahicardiomiopia. Majoritatea pacienților care necesită terapie de control a ritmului au nevoie și de controlul frecvenței ventriculare.

Controlul frecvenței ventriculare este important, atât în condiții de repaus, cât și la efort, cu următoarele limite: 60-80 bpm în repaus și <115 bpm în condiții de efort moderat.

Medicamentele folosite pentru controlul frecvenței ventriculare sunt cele care fac blocada AV nodală, precum betablocantele, antagoniștii canalelor de calciu (nondihidropiridinici) și digoxinul. Betablocantele sunt cele mai eficiente în controlul ratei ventriculare. Digoxinul nu controlează frecvența ventriculară în condiții de efort (a nu se administra pacienților activi fizic); este rezervat pacienților cu insuficiență cardiacă. Digoxinul nu convertește FiA la RS. Uneori, o combinație de betablocante și calciu-blocante sau digoxin e necesară pentru controlul adecvat al ratei ventriculare. Blocantele AV nodale pot cauza bradicardie sinusală, care să necesite implantarea de pacemaker. Anumite medicamente antiaritmice precum sotalol, amiodarona, dronedarona pot controla și rata ventriculară. Amiodarona nu se folosește, însă, pentru controlul frecvenței ventriculare din cauza toxicității crescute.

9. Restabilirea ritmului sinusal

Cardioversia poate fi făcută farmacologic sau electric, cea electrică fiind, însă, cu atât mai eficientă, cu cât debutul episodului de FiA este mai recent; dezavantajul primar al CV electrice îl reprezintă necesitatea sedării și a anesteziei, pe când cel al CV farmacologice îl reprezintă riscul de torsadă de vârfuri. Riscul de trombembolism sau de AVC nu diferă între cele

două proceduri. Este necesar a se avea în vedere bradycardia sinusală postcardioversie electrică la pacienții care iau doze mari de medicamente cu efect de blocadă AV [5].

Cardioversia directă cu curent electric este contraindicată celor cu intoxicație digitalică sau cu hipokaliemie. Șocul electric se eliberează sincron cu unda R. Se preferă defibrilatoarele bifazice.

Cardioversia farmacologică reprezintă o alternativă la cardioversia electrică, la pacienții fără fracție de ejeție foarte scăzută sau cu interval QT prelungit; se poate folosi și pentru a facilita CV electrică, când aceasta eșuează. Se monitorizează ECG, încă patru ore postcardioconversie.

Terapia antiaritmică se adresează pacienților cu FiA, simptomatici, care o pot tolera și care au șanse să mențină RS. Ea trebuie individualizată în funcție de efectele adverse, de prezența sau de absența bolii structurale cardiace, a hipertrofiei ventriculare stângi sau a insuficienței cardiace, de funcția renală și hepatică. Ea are rolul de a reduce durata și frecvența episoadelor de FiA și a simptomelor. Recurența FiA în timpul unui tratament antiaritmice nu reprezintă o indicație de terapie neadecvată; medicația antiaritmice se schimbă atunci când nu îmbunătățește simptomatologia sau când apar reacțiile adverse.

La inițierea terapiei antiaritmice, trebuie avute în vedere anticoagularea eficientă și statusul electrolitic. Se începe cu doze mici, se titrează dozele crescător până la atingerea efectului, cu monitorizarea strictă a parametrilor ECG. Se folosesc antiaritmice din clasa IC precum flecainidă, propafenonă și din clasa III, precum dofetilide, amiodaronă, dronedaronă [6].

Bibliografie:

- * Bradley P. Knight - Practical rate and rhythm management of atrial fibrillation - Update January 2010. www.hrsonline.org
1. Braunwald E. - Part IV - Arrhythmias, Sudden Death, and Syncope. Atrial fibrillation. In: Libby P, ed. Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine. 8th ed. 2007.
 2. Cooper H.A., Bloomfield D.A., Bush D.E., Katcher M.S., Rawlins M., Sacco J.D., et al. - Relation between achieved heart rate and outcomes in patients with atrial fibrillation (from the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management [AFFIRM] Study). Am J Cardiol, May 15 2004, 93(10): 1247-53.
 3. Wyse D.G., Waldo A.L., DiMarco J.P., Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al. - A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med, Dec 5 2002; 347(23): 1825-33.
 4. McNamara R.L., Tamariz L.J., Segal J.B., Bass E.B. - Management of atrial fibrillation: review of the evidence for the role of pharmacologic therapy, electrical cardioversion, and echocardiography. Ann Intern Med, Dec. 16 2003, 139(12): 1018-33.
 5. Lip G.Y., Tse H.F. - Management of atrial fibrillation. Lancet. Aug 18 2007, 370(9587): 604-618.
 6. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation.