

STRATEGIE D'INTERVENTO NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Alberto Lomuscio

Divisione di Cardiologia Ospedale San Paolo-Milano

(Primario: Prof. Federico Lombardi)

INTERVENTO FARMACOLOGICO

TIPI DI FIBRILLAZIONE

La fibrillazione atriale è un'aritmia oltremodo diffusa, non solo tra i cardiopazienti, ma anche tra i pazienti con patologie non cardiache, come è il caso dei distiroidismi, e persino tra i soggetti perfettamente sani e privi di qualsiasi possibile causa di aritmia cardiaca.

In relazione agli aspetti clinici, la fibrillazione atriale è stata convenzionalmente chiamata "parossistica" quando si interrompe spontaneamente entro ore o giorni dalla sua comparsa (in genere entro una settimana al massimo); viene invece definita "persistente" quando si rende indispensabile una specifica terapia per ricondurre il paziente al ritmo sinusale regolare (terapia che può essere sia farmacologia che elettrica); viene infine chiamata "permanente" se non si riesce più a convertire il ritmo del paziente (Tabella 1).

TABELLA 1

Caratteristiche cliniche della fibrillazione atriale

TIPO	CLINICA	TERAPIA
Parossistica	Cessa entro 7 dì	Non necessaria
Persistente	Non cessa senza terapia	Farmacologia o elettrica
Permanente	Non cessa anche con la terapia	Inefficace o non utile

Nella fibrillazione atriale di recente insorgenza, il ritorno al ritmo sinusale si presenta di solito entro 24 ore dai due terzi ai tre quarti dei casi, anche se le modificazioni elettrico-funzionali note come "rimodellamento" avvengono già entro le prime 10-12 ore dall'insorgenza della fibrillazione: da quanto detto si comprende quanto sia opportuno tentare di ripristinare il ritmo sinusale nel più breve tempo possibile, senza aspettare che esso ricompaia spontaneamente. Si impone allora l'uso di farmaci della classe IC, che sono molto veloci nel ripristinare il ritmo sinusale, a differenza di un altro farmaco pur efficace, qual è l'amiodarone, ma molto più lento nel raggiungimento dell'effetto desiderato. La scelta cadrà dunque su farmaci come flecainide e propafenone, che possono anche essere utilizzati per os, oltre che per via endovenosa (anche se nel primo caso la conversione a ritmo sinusale risulta più ritardata).

La flecainide, in particolare, agisce sui canali veloci del sodio, il cui blocco consente di ripristinare il ritmo sinusale, anche se in alcuni casi (circa il 20%), anziché determinare la ricomparsa del ritmo sinusale, provoca invece la sua sincronizzazione in flutter atriale, che per tale motivo è stato chiamato "flutter atriale IC": in tali casi la terapia diventa elettrica anziché farmacologia, e il paziente deve essere sottoposto ad ablazione dell'istmo tra vena cava inferiore e l'anello della tricuspide.

FIBRILLAZIONE ATRIALE PAROSSISTICA

La fibrillazione atriale parossistica è quella forma di fibrillazione che cessa spontaneamente in poche ore o giorni anche senza usare terapia ad hoc.

L'efficacia dei farmaci di classe IC nella forma parossistica è provata in circa quattro quinti dei casi, con tempi medi di efficacia di pochissime ore, sia dopo somministrazione endovena che per os. Un'eccezione può essere rappresentata dai pazienti con episodi molto ravvicinati di fibrillazione parossistica che siano in terapia preventiva con amiodarone: in tali casi è meglio somministrare amiodarone e.v., strategia questa che va adottata anche qualora il paziente non risponda ai farmaci della classe IC o nel caso vi sia qualche controindicazione al loro uso. L'amiodarone, inoltre, è il farmaco di scelta quando il paziente presenta insufficienza ventricolare sinistra, pregresso infarto o storia di importanti eventi coronarici, come un bypass. A parte la sua lunghezza d'azione, l'amiodarone non presenta sostanziali controindicazioni per quanto riguarda il suo uso in acuto: soltanto in un paziente su 200 circa si osserva infatti ipotensione.

FIBRILLAZIONE ATRIALE PERSISTENTE

La forma persistente è quella forma di fibrillazione che non cessa senza terapia specifica, vuoi elettrica che farmacologica.

Va però ricordato che l'approccio farmacologico (sia con farmaci IC che con amiodarone) è in grado di ripristinare il ritmo sinusale in meno della metà dei casi soltanto: è pertanto necessario ricorrere alla cardioversione elettrica, anche se l'utilizzo contemporaneo dei farmaci IC si è dimostrato capace di ridurre le recidive post-procedura elettrica, consentendo il mantenimento del ritmo sinusale a lungo termine. In questi casi sono efficaci sia gli IC che l'amiodarone, ma va ricordato che quest'ultimo richiede particolari precauzioni nell'uso a lungo termine, per i ben noti effetti collaterali sull'interstizio polmonare e sulla tiroide.

INTERVENTO ELETTRICO

Qualche lustro addietro nacque un motto, che descrive efficacemente e sinteticamente un'importante caratteristica della fibrillazione atriale, ossia quella di tendere alla cronicità a mano a mano che le recidive divengono sempre più numerose: e il motto è "f.a. provoca f.a.". Infatti, il persistere della f.a. determina un rimodellamento elettrico dell'atrio (ancora reversibile), ma poi questo rimodellamento influenza i flussi ionici transmembranari con conseguente rimodellamento anatomico (stavolta irreversibile), che rende impossibile il ripristino del normale ritmo sinusale. Tra l'altro, eseguendo un mappaggio intra-atriale dell'attività elettrica, si nota che la forma parossistica presenta un'attività elettrica piuttosto organizzata, mentre le forme persistenti o addirittura croniche hanno un'attività elettrica molto più disorganizzata. Quanto appena detto rende anche conto del perché molti pazienti sperimentano forme di fibrillazione parossistica che poi, col tempo, diventa dapprima persistente e poi cronica.

Di conseguenza, la fibrillazione atriale va vista come una patologia del ritmo che presenta una evolutività, ossia una capacità di trasformazione intrinseca di tipo dinamico, in quanto genera variazioni anatomo-elettriche nell'atrio che evolvono verso un circolo vizioso volto all'auto-perpetuazione dell'aritmia. Va da sé che l'efficacia delle terapie anti-fibrillatorie tenderà a diminuire progressivamente a misura che si raggiungono gli stadi progressivamente più strutturali, anatomici, e quindi irreversibili del rimodellamento atriale.

Per tornare al discorso del trattamento elettrico, è opportuno sottolineare che l'ablazione mediante cateterismo cardiaco è una tecnica ancora in divenire, ben lungi dall'aver raggiunto una definitiva stabilità dottrinale, e non è a tutt'oggi ancora possibile dire una parola definitiva sulla sua efficacia

e sugli eventuali inconvenienti ad essa legati: innanzitutto, è noto che nella metà dei casi può rendersi necessario ripetere la procedura a causa delle recidive di fibrillazione. Inoltre, come recentemente osservato da Cappato e Coll., fino a un terzo circa dei pazienti, pur sottoposti con successo all'ablazione transcateretere, necessitano di farmaci preventivi in quanto sono ancora presenti recidive di fibrillazione. Dai dati più recenti emerge che la quota di procedure ablativie coronate da successo è passata dal 50% di qualche anno fa al 70 – 90% (a seconda delle casistiche) di oggi.

Concludendo questa breve rassegna sulle strategie d'intervento nella f.a., si può affermare che oggi come oggi il miglior approccio terapeutico resta ancora quello farmacologico, anche se in pazienti selezionati si può ricorrere alla tecnica mista, ossia ablazione transcateretere e farmaci o ablazione da sola. I farmaci restano comunque d'importanza fondamentale per quanto riguarda la protezione atriale contro il rimodellamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Alboni P et Al: Outpatient treatment of recent-onset atrial fibrillation with the “pill in the pocket” approach. *N Engl J Med* 351:2384, 2004
2. Alp NJ et Al: Randomised double blind trial of oral versus intravenous flecainide for the cardioversion of acute atrial fibrillation. *Heart* 84:37, 2000
3. Botto GL: La terapia farmacologica della fibrillazione atriale. In: M Gulizia (ed.) *Emerging Pathologies in Cardiology-Mediterranean Cardiology Meeting 2005* (Springer, 2005)
4. Cappato R et Al: Worldwide survey on the methods, efficacy, and asafety of catheter ablation for human atrial fibrillation. *Circulation* 111:1100, 2005-11-12
5. De Luca I et Al: A new therapeutic strategy for electrical cardioversion of atrial fibrillation. *It Heart J* 2:831, 2001
6. De Paola AA et Al: Effectiveness and costs of chemical versus electrical cardioversion of atrial fibrillation. *Int J Cardiol* 88:157, 2003
7. Donovan KD et Al: Intravenous flecainide versus amiodarone for recent onset atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 75:693, 1995
8. Fuster V et Al: ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 22:1852, 2001
9. Gaita F et Al: Different patterns of atrial activation in idiopathic atrial fibrillation: simultaneous multisite atrial mapping in patients with paroxysmal and chronic atrial fibrillation. *JACC* 37:534, 2001
10. Joglar JA et Al: Electrical cardioversion of atrial fibrillation. *Cardiol Clin* 22:101, 2004
11. Scaglione M: Ruolo della terapia farmacologica nell'ablazione transcateretere. In: M Gulizia (ed.) *Emerging Pathologies in Cardiology-Mediterranean Cardiology Meeting 2005* (Springer, 2005)