

FOAIE DE INFORMARE MEDICALĂ

Publicație a Filialei București a Societății Române de Cardiologie

Fondator Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea

**Programul sesiunii de lucrări din 25 octombrie 2010 a Filialei
Bucureștin a S.R.C.**

LUCRĂRI ORIGINALE

**ROLUL ACIDULUI URIC ÎN CONTINUUMUL CARDIO-VASCULAR;
WORKSHOP** - Proiect CNCSIS-UEFISCSU competitia IDEI, 2008, nr 1451/2008

1. Implicațiile acidului uric în regresia factorilor de risc către insuficiența cardiacă
A. Ilieșiu, A. Campeanu, Clinica Medicala Caritas, Acad N Cajal
2. Relația dintre acidul uric seric, stressul oxidativ și inflamație în insuficiența cardiacă .
A. Câmpeanu, A Ilieșiu, E Moldoveanu, G. Uscoiu, D. Dusceac
3. Acidul uric-posibil biomarker al severității insuficienței cardiace?
D. Dusceac, B. Strajean, G. Uscoiu, A. Campeanu, A. Iliesiu
4. Discuții

**EVALUAREA VIABILITĂȚII MIOCARDICE ÎN CARDIOPATIA ISCHEMICĂ
PRIN ANALIZA MODIFICĂRILOR MORFO- FUNCȚIONALE INDUSE DE
ARITMIILE CE REALIZEAZĂ UMLERE VENTRICULARĂ VARIABILĂ-
WORKSHOP** - Proiect CNCSIS-UEFISCSU competitia IDEI 2008, nr 587/2008

1. Viabilitatea miocardică-parametru biologic esențial în indicația de revascularizație.
C.Nicolae, N. Păun, S. Vișan, G. Gheorghe, T. Nanea
- 2 Rezerva miocardică diastolică -relații morfo-funcționale
G. Gheorghe, A.Ilieșiu, N. Păun, C. Nicolae, S. Vișan, T. Nanea
3. Identificarea rezervei diastolice prin studii ecocardiografice
T. Nanea, A. Ilieșiu, G. Gheorghe, N. Păun, C. Nicolae, S. Vișan
4. Discuții

**OLMESARTANUL-UN NOU SARTAN PRINTRE SARTANI
A. Ilieșiu, Clinica Medicală Caritas, Acad N. Cajal**

Cuprinsul revistei numărul 18.

A. Rezumatul lucrărilor prezentate la sesiunea din 27 septembrie 2010

Tema: Highlights Congresul European de Cardiologie, Stockholm, august-septembrie 2010 Fibrilația atrială

1. Introducere: diagnostic, condiții clinice asociate, clasificare
Prof. Dr. Eduard Apetrei, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare
„Prof. Dr. C. C. Iliescu”
2. Tratamentul medicamentos: controlul ritmului și al frecvenței
Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea, Spitalul Clinic Caritas – "Acad. N. Cajal"
3. Tratamentul anticoagulant.
Dr. Adrian Mereuță, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare
„Prof. Dr. C. C. Iliescu”
4. Tratamentul intervențional
Dr. Alexandru Deutsch, Spitalul Clinic Caritas – "Acad. N. Cajal"

B. Întrebări, răspunsuri, comentarii

C. Interpretarea ecocardiografiei din numărul precedent

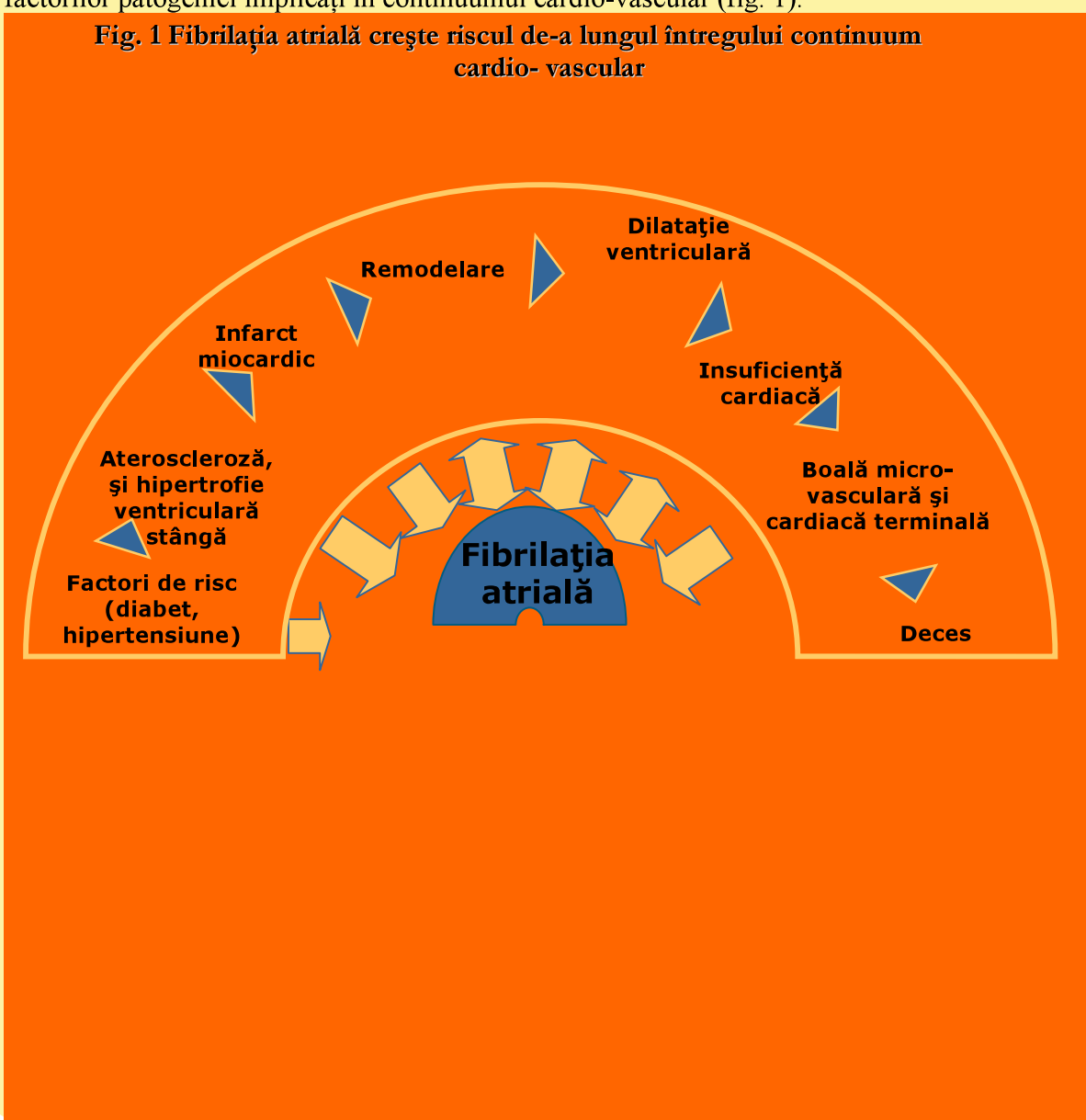
D. Imagistică: ECG blitz

Introducere: fibrilația atrială: diagnostic, condiții clinice asociate, clasificare

Prof. Dr. Eduard Apetrei, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare
„Prof. Dr. C. C. Iliescu”

Fibrilația atrială este cea mai frecventă tulburare de ritm, afectând 1-2 % din populația globului. Prevalența ei este în continuă creștere, astfel încât se consideră că în anul 2050 numărul bolnavilor cu fibrilație atrială se va dubla sau tripla. Ea implică dublarea riscului de morbi-mortalitate cardio-vasculară și creșterea de 5 ori a riscului de accident vascular cerebral. Majoritatea bolnavilor au vârsta de peste 65 ani și prezintă multiple comorbidități: hipertensiune arterială, la 37%, insuficiență cardiacă la 23 %, cardiopatie ischemică la 18 %, diabet zaharat la 15 %. Fibrilația atrială intervine, pe de o parte, și poate fi consecința, pe de altă parte, a tuturor factorilor patogenici implicați în continuumul cardio-vascular (fig. 1).

Fig. 1 Fibrilația atrială crește riscul de-a lungul întregului continuum cardio-vascular



Din punct de vedere al mecanismelor, fibrilația atrială nu este o boală unitară. Ea apare pe fondul modificărilor structurale cardiace (hipertrofie ventriculară, fibroză, ischemie, infarct miocardic), dar poate fi și consecința dezechilibrului vegetativ sau al remodelării atriale. Pe de altă parte, fibrilația atrială atrage după sine remodelare miocardică, atrială în primul rând, care favorizează permanentizarea fibrilației. Remodelarea atrială este anatomică și electrică. Remodelarea electrică crează circuitele de microreintrare și precede instalarea fibrilației atriale. Fibrilația atrială însăși contribuie ulterior la remodelarea electrică, prin scurtarea perioadei refractare atriale datorită modificării canalelor de Ca și K.

Există mai multe mecanisme care pot explica apariția fibrilației atriale:

- **mecanisme focale** – inițiază și perpetuază fibrilația atrială. Zonele implicate sunt:
 • venele pulmonare, la joncțiunea cu atrul (unde se produce schimbarea bruscă a orientării fibrelor musculare). Fibrilația atrială podusă prin acest mecanism – sansa prin ablație > de a trece poate fi tratată prin ablație, cu succes
- **unde multiple**, ce se propagă haotic și duc la menținerea fibrilației atriale.

Intervine și **predispoziția genetică**, pentru care pledează apariția frecventă a fibrilației atriale în boli cu determinism genetic: cardiomiopatia hipertrofică obstructivă, sindromul Brugada, sindromul de QT lung/scurt

Complexitatea problemelor teoretice și practice, legate de indicațiile și metodele de tratament, explică numărul mare de publicații pe tema fibrilației atriale din ultimii ani și revizuirea frecventă a ghidului elaborat de ESC (fig. 2 și 3)

Fig. 2. Numărul publicațiilor legate de fibrilația atrială, în raport cu cele destinate altor tulburări de ritm. AFib= fibrilația atrială; VT=tahicardie ventriculară; VF=fibrilație ventriculară; Aflu= flutter atrial

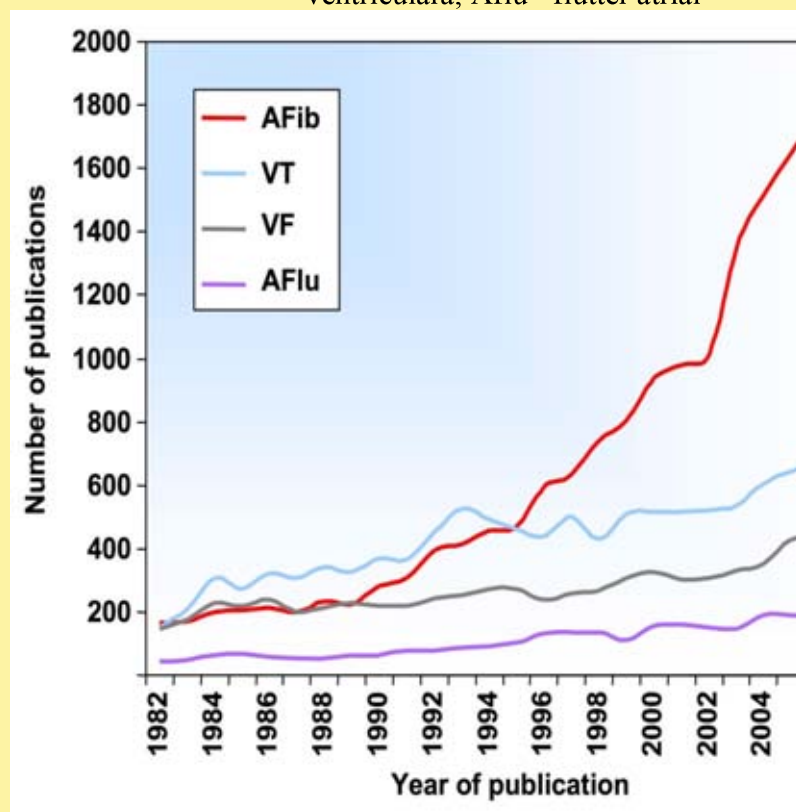
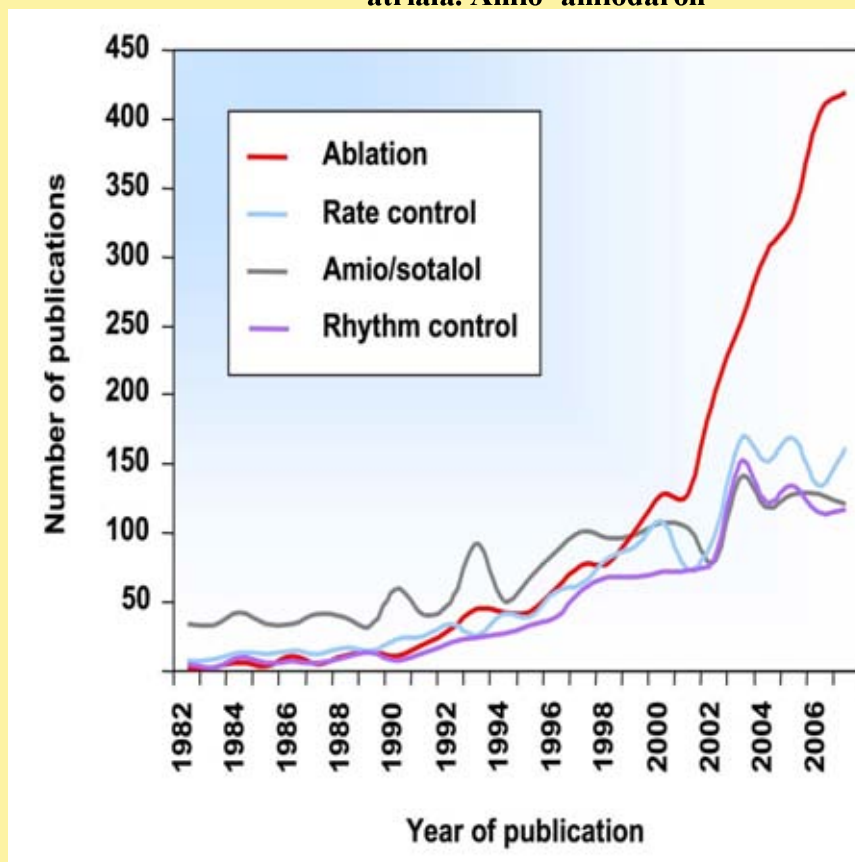


Fig. 3 Numărul publicațiilor dedicate diferitelor tipuri de tratament în fibrilația atrială. Amio=amiodaron



Diagnosticul se bazează pe datele clasice de anamneză, examen clinic, evaluarea examen ECG, care pune diagnosticul prin (fig. 4):

– ritm neregulat

- absența undelor P, evidențierea undelor f vizibile în V1, DII

- frecvența ventriculară < 200/m, frecvența atrială

Examenul Holter (24 h-7 zile) poate decela episoadele paroxistice, asimptomatice, de fibrilație atrială.

Variația tonusului vegetativ pe parcursul a 24 ore poate explica variațiile de frecvență cardiacă. Frecvența este înaltă în mod caracteristic în sindromul WPW. Fibrilația atrială poate fi depistată întâmplător, la un examen ECG de rutină, sau cu ocazia apariției unei complicații, cum ar fi o embolie sau un accident vascular cerebral.

În fața unui bolnav cu fibrilație atrială trebuie să precizăm:

- factorii precipitanți (efort, emoție, alcool)
- severitatea simptomelor, evaluată prin scorul EHRA (fig. 5),
- frecvența și durata episoadelor de fibrilație
- legătura cu consumul de alcool
- existența și severitatea comorbidităților

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu flutterul atrial cu blocaj variabil, tahicardia atrială, aritmia extrasistolică și ne ajută, când frecvența este înaltă, manevra Valsalva, masajul sinusului carotidian, administrarea de Adenozină.

Fig. 4. Undele f de fibrilație atrială vizibile în V1



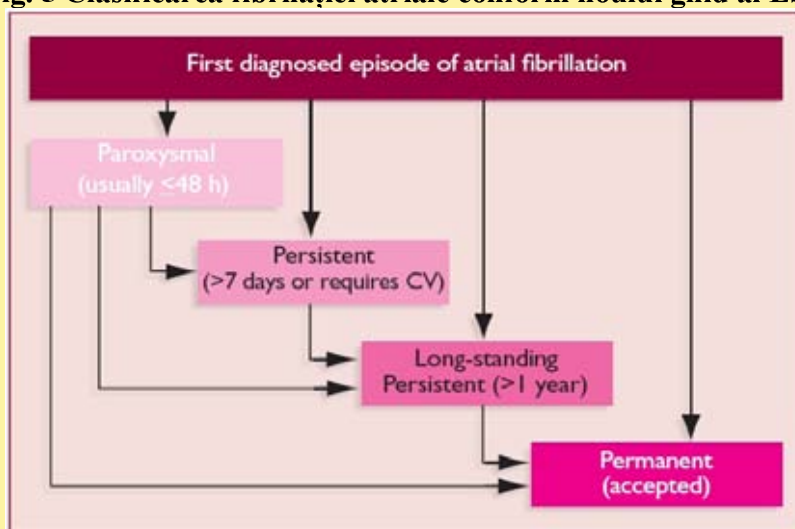
Fig. 5 Scorul EHRA

Clasa	Explicație
■ EHRA I	- asimptomatic
■ EHRA II	- simptome ușoare - activitatea zilnică nu este afectată
■ EHRA III	- simptome severe - activitatea zilnică este afectată
■ EHRA IV	- simptome importante - activitatea zilnică discontinuă

Clasificarea nouă a fibrilației atriale implică mai multe tipuri (fig. 5):

1. Fibrilația atrială la primul diagnostic – categorie nouă în ghid,
 2. Fibrilația atrială. Paroxistică: < 7 zile; majoritatea intră în ritm sinusal spontan, în primele 48 ore
 3. Fibrilația atrială persistentă : > 7 zile, necesită cardioversie chimică sau electrică.
 4. Fibrilația atrială persistentă, de lungă durată, > 1 an; categorie nouă
 5. Fibrilația atrială permanentă – când este acceptată de bolnav și medic
- Fibrilația atrială asimptomatică se poate întâlni în orice formă.

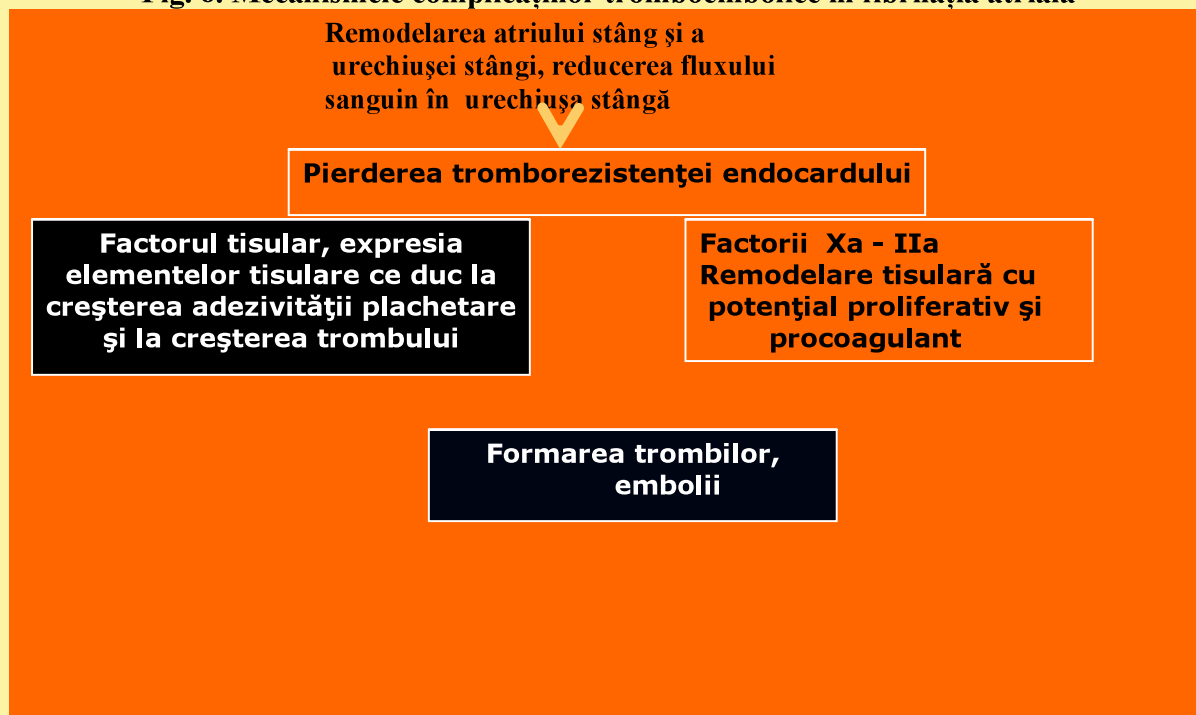
Fig. 5 Clasificarea fibrilației atriale conform noului ghid al ESC



Istoria naturală a fibrilației atriale este grevată de complicații tromboembolice (fig. 6) și hemodinamice.

Sursa cea mai frecventă de emboli este urechiușa stângă.

Fig. 6. Mecanismele complicațiilor tromboembolice în fibrilația atrială



Evaluarea riscului trombo-embolic se face prin scorul CHADS2.

Scorul CHADS2 de 0 este jos, între 1-2 este mediu și ≥ 2 , înalt. Scorul maxim este 6.

- 1 Congestive Heart Failure
- 1 Hypertension
- 1 Age > 75 years
- 1 Diabetes Mellitus
- 2 Stroke or TIA

Riscul de evenimente trombo-embolice este diferit în funcție de scorul de risc CHADS2 (fig.7)

Fig. 7 Rata accidentului vascular embolic în funcție de scorul CHADS2

Scor	Rata
0	1.9 (1.2 -3.0) risc jos
1	2.8 (2.0-3.8) risc med
2	4.0 (3.1-5.1)
3	5.9 (4.6-7.3)
4	8.5 (6.3 -11.1)
5	12.5 (8.2-17.5)
6	18.2 (10.5-17.4)

Studiul ATRIA, efectuat pe 13559 pacienți cu fibrilație atrială nonvalvulară urmăriți timp de 6 ani a arătat că determinarea scorului nu a fost utilă pentru evaluarea riscului de tromboembolic, existând o mare variabilitate (16,4-80,4%). De aceea, medicii recomandă anticoagulare în toate cazurile de fibrilație atrială. Scorul CHA2DS2-VASc nuanțează scorul CHADS2 (fig. 8)

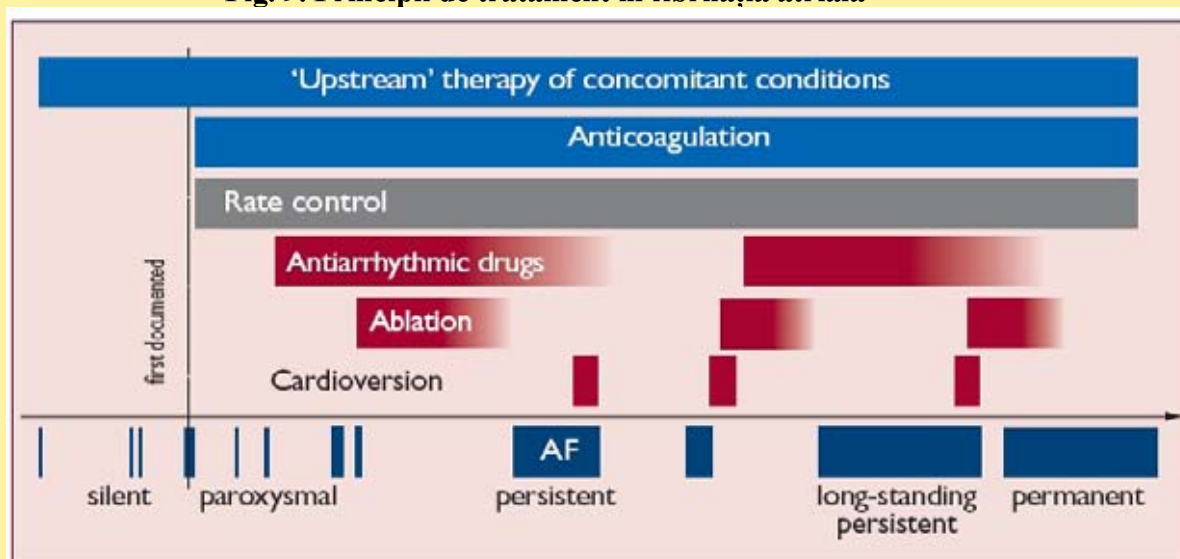
Fig. 8 Scorul CHA2DS2-VASc

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LV dysfunction	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism	2
Vascular disease ^a	1
Age 65–74	1
Sex category (i.e. female sex)	1
Maximum score	9

Consecințele hemodinamice reducerea debitului bătaie, se datorează pierderii contracției atriale, frecvenței ventriculare crescute, contracțiilor ventriculare inechidistante, pierderii sincronismului atrio-ventricular, cardiomiopatiei atriale și ventriculare, ce apare la ritm peste 120/min.

Tratamentul fibrilației atriale implică profilaxia fenomenelor tromboembolice, alături de controlul ritmului sau al frecvenței cardiace, medicamentos sau intervențional, ținând cont de indicațiile specifice (fig. 9).

Fig. 9. Principii de tratament în fibrilația atrială



Singh BN. *Eur Heart J*. 2008;10:H2-H3.
Benjamin EJ, et al. *JAMA*. 1994;271:840-844;
Krahn AD, et al. *Am J Med*. 1995;98:476-484;
Nakashima H, et al. *Circulation*. 2000;101:2612-2617;
Tsai CT, et al. *Circulation*. 2004;109:1640-1646.
Publication trends according to PubMed, accessed February 2008. *AJ Camm*
Gage BF, et al. *JAMA*. 2001;285:2864-2870.

A consemnat Dr. Gabriela Silvia Gheorghe, după prezentarea Prof. Dr. Eduard Apetrei

Tratamentul medicamentos al fibrilației atriale: controlul ritmului și al frecvenței

Prof. Dr. Ioan Tiberiu Nanea. Spitalul Clinic Caritas – "Acad. N. Cajal"

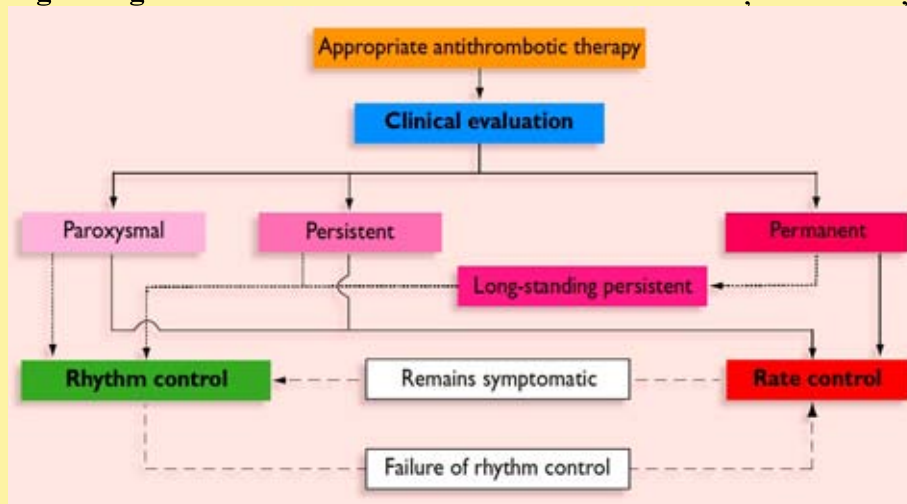
Tratamentul fibrilației atriale implică trei principii: controlul frecvenței ventriculare, controlul ritmului ventricular, prevenția fenomenelor trombo-embolice.

Controlul ritmului ventricular constă în restabilirea și menținerea ritmului sinusal, ținând cont însă că medicamentele antiaritmice au potențial proaritmice, pot avea și alte efecte secundare, nu previn întotdeauna recurențele de fibrilație și nici fenomenele tromboembolice.

Restabilirea ritmului sinusal prezintă mai multe avantaje: controlul superior al frecvenței cardiace, restabilirea sincronismului de contracție atrio-ventricular și a contribuției atriale la umplerea ventriculară, ceea ce realizează o mai bună toleranță la efort.

Controlul ratei ventriculare evită potențialul proaritmice al drogurilor antiaritmice, complicațiile induse de fibrilația atrială paroxistică prin frecvența ventriculară înaltă, riscul tromboembolic indus de episoadele repetate de fibrilație atrială ce pot apărea sub medicația antiaritmice. În practică este adesea dificil să alegem între aceste două strategii (fig. 1)

Fig. 1. Algoritm de control al ritmului versus al frecvenței în fibrilația atrială



Toți pacienții trebuie să primească tratament antitrombotic. Controlul ritmului este de preferat în fibrilația atrială paroxistică, persistentă, persistentă de lungă durată. În fibrilația atrială

permanentă se preferă controlul ratei ventriculare, dar deciziile se pot schimba în funcție de simptomatologie, succes al strategiei inițiale (fig. 2).

Fig. 2. Indicațiile ghidului de fibrilație atrială al ESC 2010, de control al ritmului, versus al frecvenței

Recommendations	Class ^a	Level ^b			
Rate control should be the initial approach in elderly patients with AF and minor symptoms (EHRA score I).	I	A	Rhythm control in patients with AF and AF-related heart failure should be considered for improvement of symptoms.	Ila	B
Rate control should be continued throughout a rhythm control approach to ensure adequate control of the ventricular rate during recurrences of AF.	I	A	Rhythm control as an initial approach should be considered in young symptomatic patients in whom catheter ablation treatment has not been ruled out.	Ila	C
Rhythm control is recommended in patients with symptomatic (EHRA score ≥ 2) AF despite adequate rate control.	I	B	Rhythm control should be considered in patients with AF secondary to a trigger or substrate that has been corrected (e.g. ischaemia, hyperthyroidism).	Ila	C

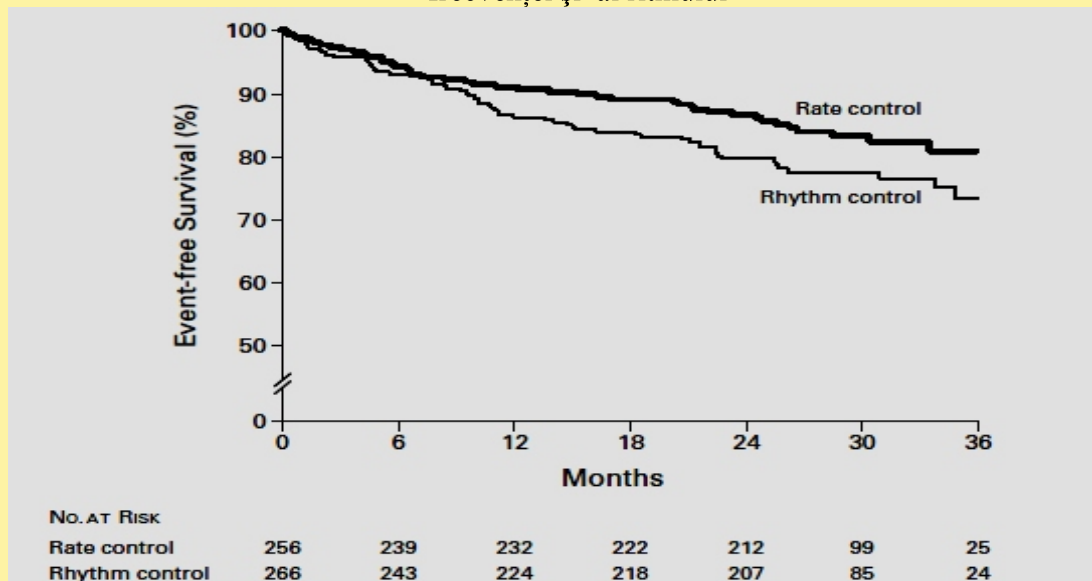
Există o discordanță între evoluția nefavorabilă a pacienților cu FA, versus pacienții în ritm sinusual și perceperea unei noninferiorități evolutive a pacienților prin controlul în exclusivitate al frecvenței ventriculare.

Studiul AFFIRM a arătat non-inferioritatea strategiei de control al ratei ventriculare versus controlul ritmului ventricular. Criteriile de includere în studiu au fost unul sau mai multe episoade de fibrilație atrială de cel puțin 6 ore ca durată documentat ECG, în ultimele 6 luni. Pacienții ≤ 65 ani prezentau cel puțin un factor de risc pentru accident vascular, incluzând hipertensiune arterială, diabet zaharat, insuficiență cardiacă, atac ischemic tranzitor, atriul stâng ≥ 50 mm, fracția de scurtare a ventriculului stâng $\leq 25\%$, fracția de ejeție a ventriculului stâng < 0.40 , antecedente de accident vascular cerebral.

Nu s-au remarcat diferențe semnificative în privința mortalității generale și cardio-vasculare.

Studiul RACE a arătat, de asemenea, că nu există diferențe semnificative statistic în privința mortalității cardio-vasculare între pacienții tratați în brațul de control al ritmului, versus al frecvenței. (fig. 3)

Fig. 3 Studiul RACE. Diferențe nesemnificative între brațul de control al frecvenței și al ritmului



Fenomenele tromboembolice, necesarul de implantare de stimuloare cardiace, efectele adverse ale antiaritmicele au fost mai frecvente în brațul de control al ritmului versus al ratei ventriculare.

Ghidul European de fibrilație atrială recomandă antiaritmicele utile în controlul ritmului cardiac, în funcție de situația clinică (fig. 4)

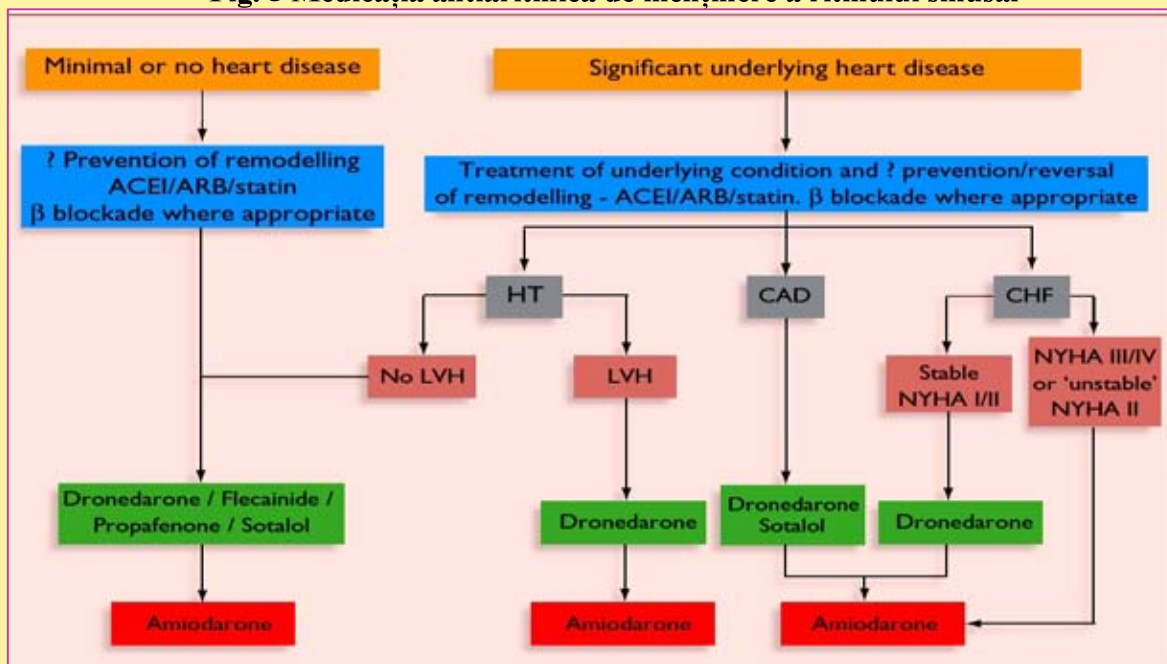
Fig. 4 Recomandări ale antiaritmicele în controlul ritmului cardiac

Recommendations	Class ^a	Level ^b	
When pharmacological cardioversion is preferred and there is no structural heart disease, i.v. flecainide or propafenone is recommended for cardioversion of recent-onset AF.	I	A	In patients with recent-onset AF, structural heart disease, but without hypotension or manifest congestive heart failure, ibutilide may be considered. Serum electrolytes and the QTc interval must be within the normal range, and the patients must be closely monitored during and for 4 h after the infusion because of risk of proarrhythmia.
In patients with recent-onset AF and structural heart disease, i.v. amiodarone is recommended.	I	A	
In selected patients with recent-onset AF and no significant structural heart disease, a single high oral dose of flecainide or propafenone (the 'pill-in-the-pocket' approach) should be considered, provided this treatment has proven safe during previous testing in a medically secure environment.	IIa	B	Digoxin (LoE A), verapamil, sotalol, metoprolol (LoE B), other β -blocking agents and ajmaline (LoE C) are ineffective in converting recent-onset AF to sinus rhythm and are not recommended.
			III A B C

În absența unor boli structurale, se preferă flecainida sau propafenona, în prezența unor boli structurale, amiodarone. Ibutilida se poate folosi dacă bolnavul nu are hipotensiune, insuficiență cardiacă, diselectrolitemie, interval QT lung, sub monitorizare 4 ore. Nu se recomandă digoxin, propranolol, metoprolol, sotalol, ajmalina, verapamil.

Menținerea ritmului sinusal se poate face, în absența bolilor structurale cardiace, cu dronedarone, propafenona, flecainida, sotalol, amiodarone. Dacă bolnavul prezintă insuficiență cardiacă clasa I-II NYHA, se pot folosi dronedarone, sotalol iar în insuficiență cardiacă clasa a IV-a NYHA, amiodarone (fig. 5).

Fig. 5 Medicația antiaritmică de menținere a ritmului sinusal



Dacă celelalte antiaritmice nu au demonstrat nici un efect asupra apariției evenimentelor cardio-vasculare, dronedaronul reduce mortalitatea cardio-vasculară cu 29 %, spitalizările și moartea de orice cauză cu 24 %, decesul prin aritmii cu 45 % și accidentul vascular embolic cu 34 %.

Controlul frecvenței cardiace, bolnavul rămânând în fibrilație atrială, se poate face la valori țintă mai mari, mai puțin strict, dacă pacientul este cu simptome minime (fig. 6). Intensitatea controlului frecvenței trebuie ghidată prin efectuarea unui test de efort, dacă se anticipează creșterea excesivă a frecvenței la efort și de monitorizarea Holter, dacă se apreciază că există variații circadiene importante ale frecvenței cardiace.

Ghidul din 2006 considera că frecvența cardiacă țintă în repaus este de 60-80 bătăi/min iar la efort moderat 90-115/min.

Studiul RACE II, care a cuprins 614 bolnavi supravegheați timp de 2 ani, a dovedit că un control mai puțin strict al frecvenței nu este inferior controlului strict în prevenirea evenimentelor cardio-vasculare (deces, spitalizări pentru insuficiență cardiacă și accident vascular cerebral, embolii sistemice, sângerări, aritmii majore) la bolnavii cu fibrilație atrială permanentă (fig. 7). Aderența la medicația antiaritmică a fost mai mare în grupul cu controlul frecvenței cardiace mai puțin strict (< 110/min în repaus).

Fig. 6. Frecvența ventriculară țintă în fibrilația atrială

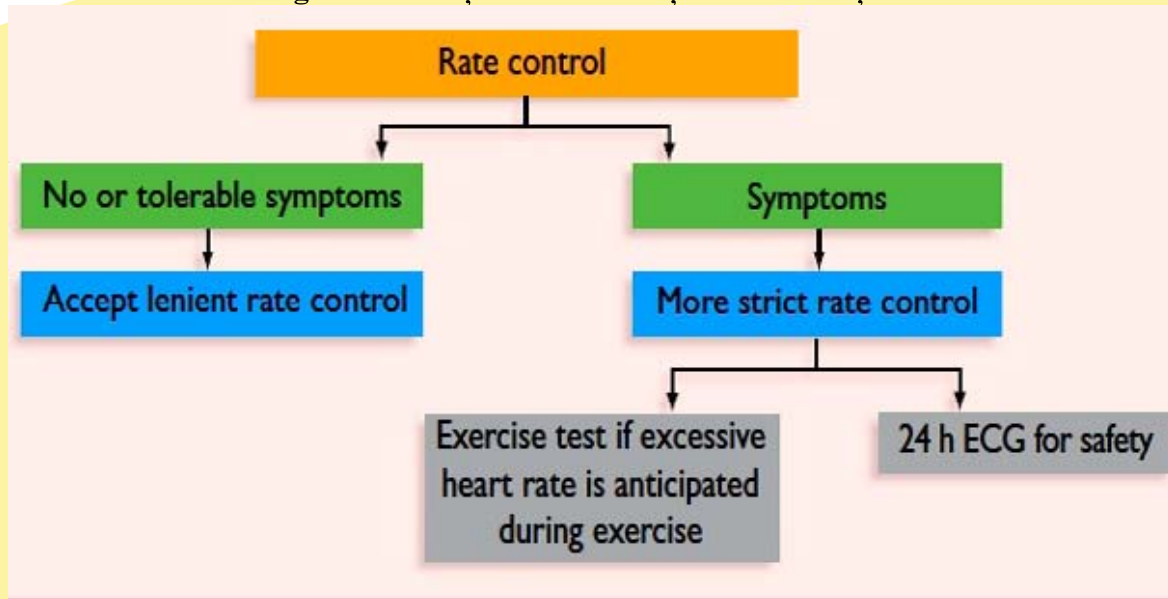
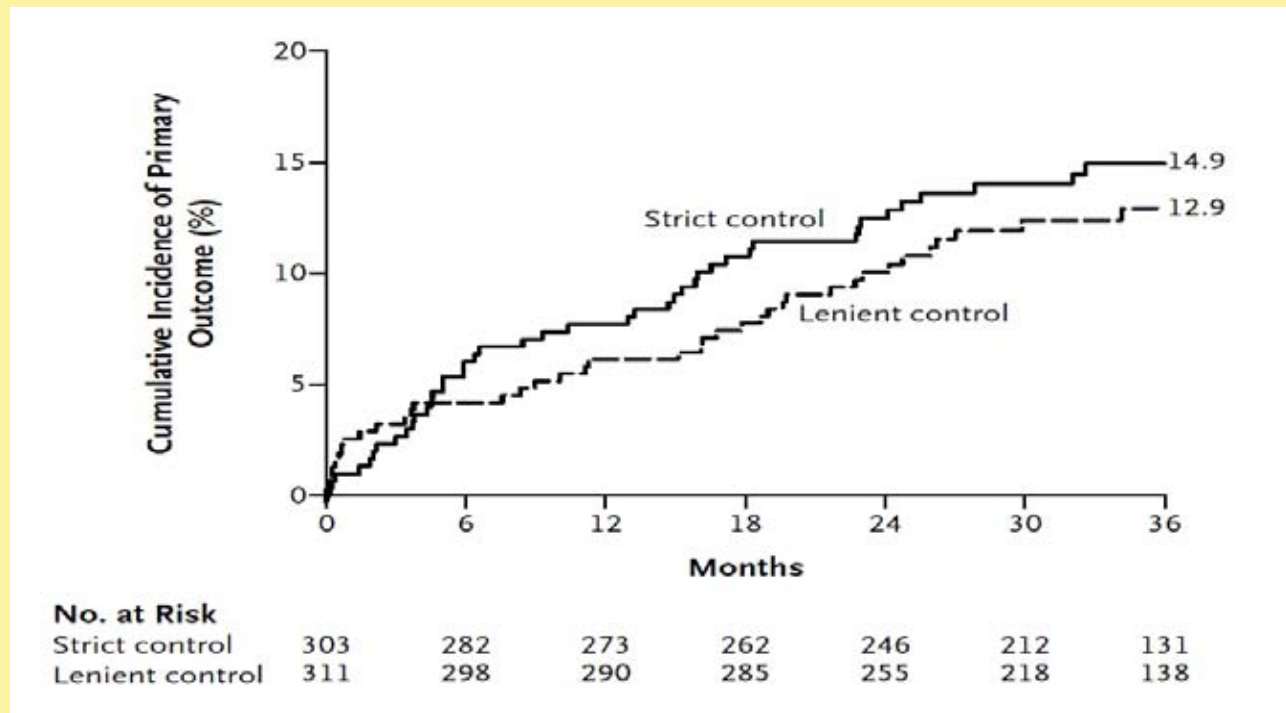
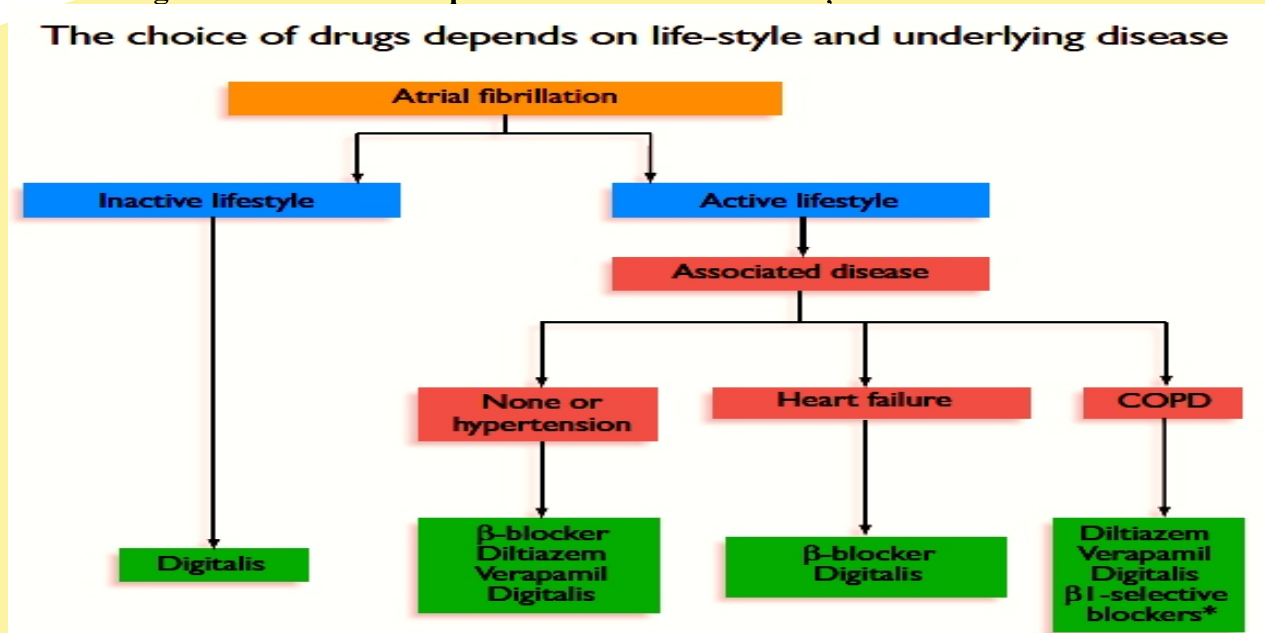


Fig. 7 Studiul RACE II. Non-inferioritatea strategiei de control blând versus strict al frecvenței cardiace în fibrilația atrială, prin evaluarea incidenței cumulative a evenimentelor cardio-vasculare



Alegerea medicamentelor pentru controlul frecvenței cardiace în fibrilația atrială depinde de stilul de viață și patologia cardiacă de fond (fig. 8)

Fig. 8 Recomandări terapeutice de control al frecvenței cardiace



Ghidul diferențiază controlul acut al frecvenței de controlul cronic și face mențiuni speciale pentru sindromul de preexcitație (fig. 9, fig 10).

Fig. 9. Recomandări ale ghidului de fibrilație atrială de control acut al frecvenței ventriculare

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In the acute setting in the absence of pre-excitation, i.v. administration of β-blockers or non-dihydropyridine calcium channel antagonists is recommended to slow the ventricular response to AF, exercising caution in patients with hypotension or heart failure.	I	A
In the acute setting, i.v. administration of digitalis or amiodarone is recommended to control the heart rate in patients with AF and concomitant heart failure, or in the setting of hypotension.	I	B
In pre-excitation, preferred drugs are class I antiarrhythmic drugs or amiodarone.	I	C
When pre-excited AF is present, β-blockers, non-dihydropyridine calcium channel antagonists, digoxin, and adenosine are contraindicated.	III	C

Fig. 10. Recomandări ale ghidului de fibrilație de control cronic al frecvenței ventriculare

Recommendations	Class ^a	Level ^b		
Rate control using pharmacological agents (β -blockers, non-dihydropyridine calcium channel antagonists, digitalis, or a combination thereof) is recommended in patients with paroxysmal, persistent, or permanent AF. The choice of medication should be individualized and the dose modulated to avoid bradycardia.	I	B	It is reasonable to initiate treatment with a lenient rate control protocol aimed at a resting heart rate <110 bpm.	IIa B
In patients who experience symptoms related to AF during activity, the adequacy of rate control should be assessed during exercise, and therapy should be adjusted to achieve a physiological chronotropic response and to avoid bradycardia.	I	C	It is reasonable to adopt a stricter rate control strategy when symptoms persist or tachycardiomyopathy occurs, despite lenient rate control: resting heart rate <80 bpm and heart rate during moderate exercise <110 bpm. After achieving the strict heart rate target, a 24 h Holter monitor is recommended to assess safety.	IIa B
In pre-excitation AF, or in patients with a history of AF, preferred drugs for rate control are propafenone or amiodarone.	I	C	It is reasonable to achieve rate control by administration of dronedarone in non-permanent AF except for patients with NYHA class III–IV or unstable heart failure.	IIa B
It is reasonable to initiate treatment with a lenient rate control protocol aimed at a resting heart rate <110 bpm.	IIa	B	Digoxin is indicated in patients with heart failure and LV dysfunction, and in sedentary (inactive) patients.	IIa C
			Rate control may be achieved by administration of oral amiodarone when other measures are unsuccessful or contraindicated.	IIb C
			Digitalis should not be used as the sole agent to control the rate of ventricular response in patients with paroxysmal AF.	III B

Ghidul menționează terapia de fond (inhibitori de enzimă de conversie, blocați de receptori de angiotensină, statine) care reduce riscul aritmic și remodelarea atrială (fig. 11)

Fig. 11. Terapia de fond, cu rol în prevenția primară a fibrilației atriale

Recommendations for primary prevention of 'upstream' therapy		
Recommendations	Class ^a	Level ^b
ACEIs and ARBs should be considered for prevention of new-onset AF in patients with heart failure and reduced ejection fraction.	IIa	A
ACEIs and ARBs should be considered for prevention of new-onset AF in patients with hypertension, particularly with left ventricular hypertrophy.	IIa	B
Statins should be considered for prevention of new-onset AF after coronary artery bypass grafting, isolated or in combination with valvular interventions.	IIa	B
Statins may be considered for prevention of new-onset AF in patients with underlying heart disease, particularly heart failure.	IIb	B

Aceste efecte protectoare sunt susținute de mai multe studii: GISSI-HF, CHARM, VAL-HEFT registrul ADVANCENT.

Tratamentul fibrilației atriale trebuie nuanțat în diversele situații clinice speciale: insuficiența cardiacă, valvulopatii, sindroame coronariene acute, diabetul zaharat, vârstnici, sarcina, postoperator, hipertiroidism, sindrom WPW, cardiomiopatia hipertrofică, boli pulmonare cronice, sportive.

În concluzie,

- + Lipsa de efecte secundare pare criteriul inițial de alegere a drogului în tratamentul antiaritmie
- + Indicații mai clare în alegerea controlului frecvenței versus ritmului în FA vor apărea în urma perfecționării tratamentului de ablație
- + Acceptarea controlului frecvenței cardiace < 110/min
- + Introducerea dronedaronei în tratamentul de menținere a ritmului sinusal este asociată cu scăderea mortalității

Bibliografie selectivă

Guidelines for the management of AF version 2010

AFFIRM Investigators. N Engl J Med: 347: 325-33

N Engl J Med 2002;347:1834-40

N Engl J Med. 2010 Apr 15;362(15):1363-73

Heart Rhythm 2006, 3: 881-6

Tratamentul anticoagulant în fibrilația atrială

Dr. Adrian Mereuță, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare
„Prof. Dr. C. C. Iliescu”

Tratamentul fibrilației atriale a constituit un subiect important în cadrul Congresului Societății Europene de Cardiologie recent încheiat. Discuțiile au avut ca bază ghidul de tratament al fibrilației atriale editat de Societate în 2010, dar s-au prezentat și numeroase studii privind fibrilația. În plus, cu ocazia Congresului, s-au comunicat și rezultatele a 2 trialuri randomizate: AVERROES - Apixaban vs Aspirina și ANTIPAF - Olmesartan în prevenția fibrilației atriale paroxistice. (1)

În privința tratamentului antitrombotic în fibrilația atrială, s-a pus un accent important pe stabilirea riscului de embolie, în special cerebrală. Studiile și metaanalizele au confirmat că scorul CHADS₂, stabilit în 2001, discriminează eficient pacienții cu risc. Pentru acest scor se punctează prezența hipertensiunii arteriale (HTA), a diabetului zaharat, a disfuncției de ventricul stâng, a vârstei peste 75 de ani și a antecedentelor de accident vascular cerebral (AVC) sau accident ischemic tranzitoriu (AIT) – ultimele contând câte 2 puncte. Dacă suma punctelor (scorul CHADS₂) este ≥ 2 , riscul embolic este suficient de mare pentru a indica tratament anticoagulant permanent.

CHADS ₂ score	Patients (n=1733)	Adjusted stroke rate (%/year) ^a (95% confidence interval)
0	120	1.9 (1.2–3.0)
1	463	2.8 (2.0–3.8)
2	523	4.0 (3.1–5.1)
3	337	5.9 (4.6–7.3)
4	220	8.5 (6.3–11.1)
5	65	12.5 (8.2–17.5)
6	5	18.2 (10.5–27.4)

Fig.1. Scorul CHADS₂ și riscul de accident vascular cerebral

Din păcate, majoritatea pacienților se încadrează la categoria riscului mediu (scor 1-2), la care tratamentul anticoagulant nu este obligatoriu. Între timp, s-a dovedit că aspirina este mai puțin eficientă decât tratamentul anticoagulant și au apărut studii noi, care au arătat că există și alți factori care cresc riscul tromboembolic, cum ar fi prezența unei afectări vasculare aterosclerotice sau sexul feminin; în plus, s-a constatat că riscul crește încă de la vârsta de 65 de ani, peste 75, fiind mult crescut.

Datorită acestor fapte, s-a trecut la o perfecționare a scorului CHADS₂, care să arate care dintre pacienții cu risc mediu necesită tratament anticoagulant. Acest nou scor, denumit CHA₂DS₂-VASc, consideră ca factori de risc majori, punctați dublu, antecedentele de AVC sau AIT și vârsta > 75 ani, iar factori de risc ne-majori, disfuncția de ventricul stâng, HTA, diabetul zaharat, sexul feminin, vârsta între 65 și 74 ani și boala vasculară (adică infarct miocardic, arteriopatie periferică sau ateroscleroza aortică complexă). (Fig.2)

(a) Risk factors for stroke and thrombo-embolism in non-valvular AF	
'Major' risk factors	'Clinically relevant non-major' risk factors
Previous stroke, TIA, or systemic embolism Age ≥ 75 years	Heart failure or moderate to severe LV systolic dysfunction (e.g. LV EF $\leq 40\%$) Hypertension - Diabetes mellitus Female sex - Age 65–74 years Vascular disease ^a

Fig. 2. Scorul CHA₂DS₂-VASc

Indicația de tratament anticoagulant se face la un risc ≤ 2 , adică minimum 1 factor major sau 2 minori. De asemenea, prezența stenozei mitrale sau a unei proteze valvulare recomandă începerea tratamentului.

(c) Adjusted stroke rate according to CHA₂DS₂-VASc score

CHA ₂ DS ₂ -VASc score	Patients (n=7329)	Adjusted stroke rate (%/year) ^b
0	1	0%
1	422	1.3%
2	1230	2.2%
3	1730	3.2%
4	1718	4.0%
5	1159	6.7%
6	679	9.8%
7	294	9.6%
8	82	6.7%
9	14	15.2%

Fig.2. Scorul CHA₂DS₂-VASc și riscul de AVC

Dacă pacientul are scorul CHA₂DS₂-VASc egal cu 1, se recomandă aspirină 75-325 mg/zi sau, preferabil, tot anticoagulante orale, cei cu scorul 0 rămânând pe tratament cu aspirină sau fără tratament antitrombotic. La cei cu scor 0-1, se ține cont și de preferința pacientului.

Aceste recomandări au rezultat din studiile privind tratamentul antitrombotic în fibrilația atrială. O metaanaliză recentă a acestor studii, arată că tratamentul cu anticoagulante orale de tip antivitamină K a redus incidența AVC cu 64% față de placebo (reducere anuală de 2,7%), pe când aspirina a dus la o reducere mai modestă de 19%.(2) Comparația directă între tratamentul cu anticoagulante și aspirină arată o superioritate a primelor: reducerea cu 39% a incidenței AVC. Mai mult tratamentul cu inhibitori ai vitaminei K s-a dovedit superior și combinației aspirină + clopidogrel: reducere a riscului de AVC cu 40%.(3) De remarcat că avantajul anticoagulantelor orale crește cu cât vârsta pacienților este mai înaintată.

Explicația probabilă a superiorității anticoagulantelor orale este legată de mecanismul formării trombului în urechiușa stângă: coagularea de la acest nivel este de tip venos, în care timpul plachetar este puțin important.

Intensitatea recomandată a anticoagulării cu inhibitori ai vitaminei K trebuie să ducă la INR=2-3.(Fig.4) INR între 1,5 și 2 a determinat o dublare a incidenței AVC. Din această cauză, s-a abandonat propunerea ca, la vârstnici, intensitatea anticoagulării să fie mai redusă (INR=1,8-2,5). Mai mult, la pacienții care suferă accidente ischemice sub tratament cu anticoagulante orale, se preferă creșterea intensității anticoagulării (INR=3-3,5) și nu adăugarea unui antiagregant plachetar.

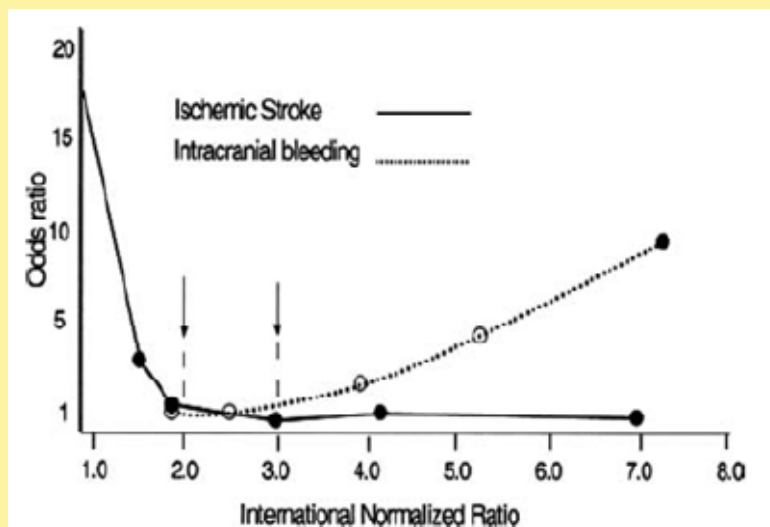


Fig.4. INR optim – un compromis între prevenția emboliei și riscul de sângerare (4)

Deoarece riscul hemoragic constituie o preocupare majoră în condițiile tratamentului antitrombotic, a fost recomandată folosirea unui scor de risc. S-a propus scorul HAS-BLED care este predictiv și ușor de folosit. (Fig.5)(5)

Letter	Clinical characteristic ^a	Points awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INRs	1
E	Elderly (e.g. age >65 years)	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

Fig.5. Scorul de risc de sângerare HAS-BLED

Un pacient cu scorul ≥ 3 are un risc crescut de sângerare și impune precauție și monitorizare mai frecventă, indiferent dacă urmează tratament anticoagulant sau antiagregant plachetar. Din păcate, unii dintre factorii care impun administrarea tratamentului anticoagulant sunt și factori care cresc riscul de sângerare (vârsta >65 ani, HTA, antecedente de AVC), așa încât decizia terapeutică trebuie luată de fiecare dată individualizat.

Riscul de sângerare și predictibilitatea scăzută a inhibitorilor de vitamina K, a dus la testarea și a unor anticoagulate orale noi. Dabigatranul (un inhibitor direct al trombinei, în studiul RE-LY, la doza de 110 mg x 2/zi, s-a dovedit egal activității K ca eficiență antiembolică, dar cu o incidență mai scăzută a hemoragiilor majore, iar la doza de 150 mg x 2/zi, s-a dovedit superior în prevenția emboliilor, la un risc hemoragic egal cu activitatea K. (6) Apixabanul (un inhibitor oral al factorului X activat), studiat în trialul AVERROES, ale cărui rezultate s-au comunicat chiar cu prilejul Congresului ESC de la Stockholm, a determinat o scădere a incidenței AVC cu 57% față de aspirină.

Situațiile clinice particulare la care trebuie adaptate recomandările generale de tratament au determinat cele mai interesante sesiuni la Congres.

S-a stabilit că atât fibrilația atrială paroxistică și flutterul atrial au același risc tromboembolic că și fibrilația atrială cronică și, din acest motiv, trebuie să urmeze același tratament antitrombotic.

În privința sindromului coronarian acut și a intervențiilor coronariene percutane (PCI), se recoamandă o perioadă cât mai scurtă de triplu tratament antitrombotic (atikoagulante orale + aspirină + clopidogrel) ținând cont de riscul crescut de hemoragie (2,4-4,6% la o luna și 7,4-10,3% la un an). Din acest motiv, se recomandă folosirea preferențială a stenturilor obișnuite, care necesită o perioadă de triplă terapie de 1 luna și, doar în cazuri speciale, a stenturilor active, care necesită tripla terapie timp de 3-6 luni. Ulterior, la pacienții stabili, se recomandă menținerea doar a tratamentului anticoagulant și abandonarea celui antiagregant plachetar (cls.IIa), o recomandare ce a stârnit multe discuții. (Fig.6)

Haemorrhagic risk	Clinical setting	Stent implanted	Anticoagulation regimen
Low or intermediate (e.g. HAS-BLED score 0-2)	Elective	Bare-metal	1 month: triple therapy of VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin $\leq$ 100 mg/day + clopidogrel 75 mg/day Lifelong: VKA (INR 2.0-3.0) alone
	Elective	Drug-eluting	3 (-olimus* group) to 6 (paclitaxel) months: triple therapy of VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin $\leq$ 100 mg/day + clopidogrel 75 mg/day Up to 12th month: combination of VKA (INR 2.0-2.5) + clopidogrel 75 mg/day ^b (or aspirin 100 mg/day) Lifelong: VKA (INR 2.0-3.0) alone
	ACS	Bare-metal/ drug-eluting	6 months: triple therapy of VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin $\leq$ 100 mg/day + clopidogrel 75 mg/day Up to 12th month: combination of VKA (INR 2.0-2.5) + clopidogrel 75 mg/day ^b (or aspirin 100 mg/day) Lifelong: VKA (INR 2.0-3.0) alone
High (e.g. HAS-BLED score $\geq$ 3)	Elective	Bare-metal ^c	2-4 weeks: triple therapy of VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin $\leq$ 100 mg/day + clopidogrel 75 mg/day Lifelong: VKA (INR 2.0-3.0) alone
	ACS	Bare-metal ^c	4 weeks: triple therapy of VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin $\leq$ 100 mg/day + clopidogrel 75 mg/day Up to 12th month: combination of VKA (INR 2.0-2.5) + clopidogrel 75 mg/day ^b (or aspirin 100 mg/day) Lifelong: VKA (INR 2.0-3.0) alone

Fig. 6. Recomandari de tratament antitrombotic la pacienții cu fibrilație atrială și PCI

Se poate afirma că, din nou, fibrilația atrială a constituit un subiect care a făcut săli pline la Congresul ESC de la Stockholm.

Bibliografie selectivă

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al. Guidelines for the treatment of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31:2369-2429.
2. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-867.
3. Connolly S, Pogue J, Hart R, et al. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1903-1912.
4. Hylek EM, Singer DE. Risk factors for intracranial hemorrhage in outpatients taking warfarin. *Ann Intern med* 1994;120:897-902.
5. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. *Chest* 2010 Mar 18. (Epub ahead of print).
6. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-1151.

Terapia intervențională în fibrilația atrială

Dr. Alexandru Deutsch, Spitalul Clinic „Caritas, Acad. N. Cajal”, București

Tratamentul nonfarmacologic, asemeni tratamentului medicamentos, poate realiza în fibrilația atrială controlul ritmului, prin reducerea triggerilor fibrilației atriale și modificarea substratului sau controlul frecvenței ventriculare, atunci când tratamentul farmacologic eșuează.

Având în vedere că 60-90% din triggerii fibrilației atriale au fost localizați la nivelul venelor pulmonare, s-a încercat abordarea directă a acestora prin ablația focală cu radiofrecvență sau cu alte forme de energie, însă s-a dovedit a fi dificilă deoarece pot exista multiple focare în aceeași venă, sau, dimpotrivă pot exista focare în mai multe vene. În momentul ablației aceste focare ectopice pot fi inactive, făcând astfel imposibilă abordarea lor, iar riscul stenozei venelor pulmonare postprocedurale prin acest tip de abord s-a dovedit a fi mare. Ca atare, s-a imaginat o tehnică de abord eficientă, elegantă prin izolarea electrică a venelor pulmonare, împiedicând astfel transmiterea activității ectopice din interiorul acestora la nivelul atriului stâng și reducând astfel sau eliminând complet episoadele de fibrilație atrială. Alte posibile localizări ale acestor triggeri pot fi: sinusul coronar, vena cavă superioară, diverse regiuni ale atriului stâng.

Izolarea venelor pulmonare presupune abordul atriului stâng prin puncție transeptală la nivelul fosei ovalis, această manevră având potențial de complicații grave: punționarea aortei cu evoluție potențial fatală, tamponada cardiacă prin punționarea peretelui posterior al atriului drept. Ca repere anatomice în momentul punției transeptale se folosesc un cateter la nivelul fasciculului his care aproximează rădăcina aortei (sau un cateter tip pigtail retrograd aortic până la nivelul rădăcinii aortice, însă aceasta presupune realizarea suplimentar a unei punții arteriale) și un cateter în sinusul coronar ce permite aprecierea peretelui posterior al atriului stâng. Ansamblul de punție este format din acul Brockenbrough și taca de punție (diverse curbe în funcție de mărimea atriului) care sunt trecute transeptal în general sub monitorizarea presiunii.

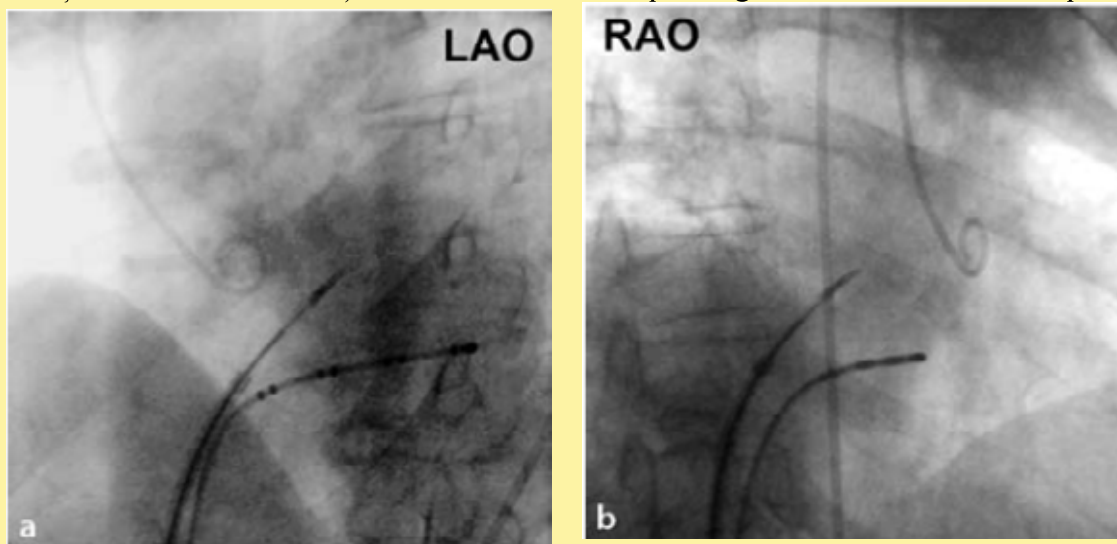


Fig. 1 Puncție transeptală (Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias A practical Approach. C Smitt, I Deisenhofer, B Zrenner.

Unele laboratoare efectuează acesta manevră sub ghidare ultrasonografică intracardiacă permițând identificarea anatomiei atriale, facilitând punția transeptală, navigarea și poziționarea cateterelor, identificarea complicațiilor procedurale, evaluarea contactului tesut-cateter,

vizualizarea continuității esofag-atriu, titrarea energiei de radiofrecvență (RF), vizualizarea generării leziunii RF.

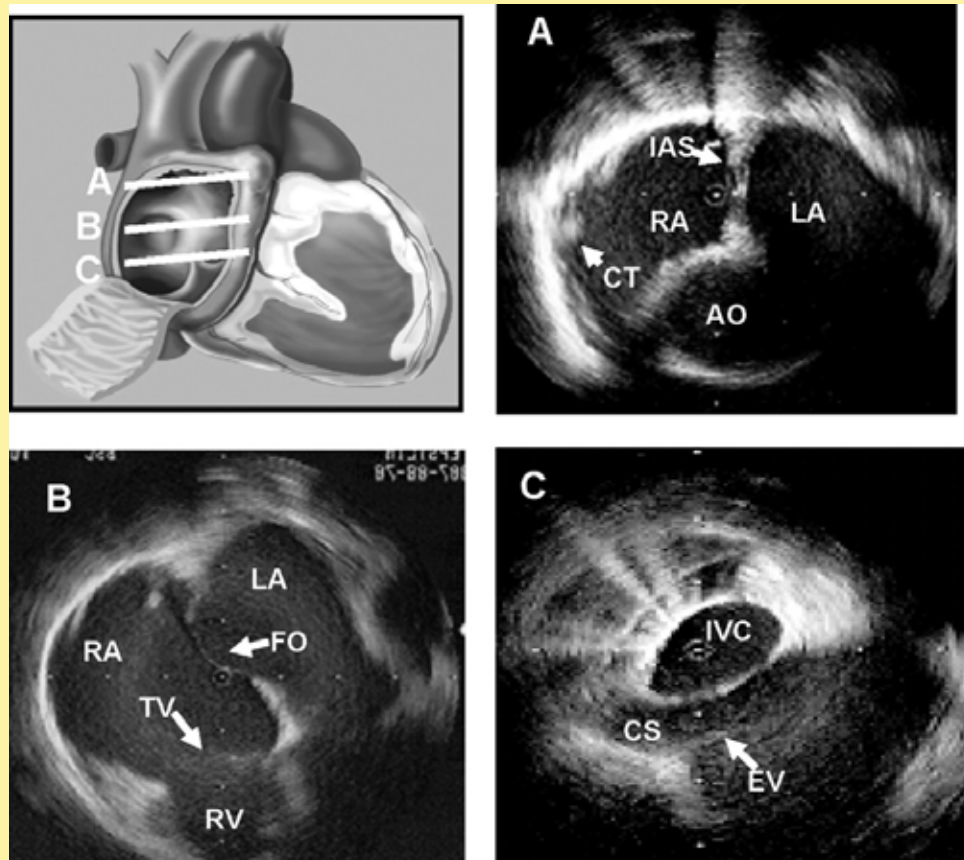


Fig. 2 Ecografie intracardiacă (David J. Callans, MD, Mark A. Wood, MD. How to use intracardiac echocardiography for atrial fibrillation ablation procedures. Heart Rhythm, Vol 4, No 2, February 2007)

Venele pulmonare pot fi izolate prin ablație ostială, antrală, circumferențială; de asemenea pot fi ablatate potențialele fragmentate ce reprezintă zone cu conducere lentă ce poate favoriza menținerea fibrilației atriale. Adăugat izolării venelor pulmonare se pot realiza linii de ablație suplimentare. Energii alternative pentru izolarea venelor pulmonare sunt balonul de crioablație, cateterul Ablation Frontiere (energie de RF atât bipolară cât și unipolară), metode ce urmăresc realizarea mai rapidă a leziunii circumferențiale.

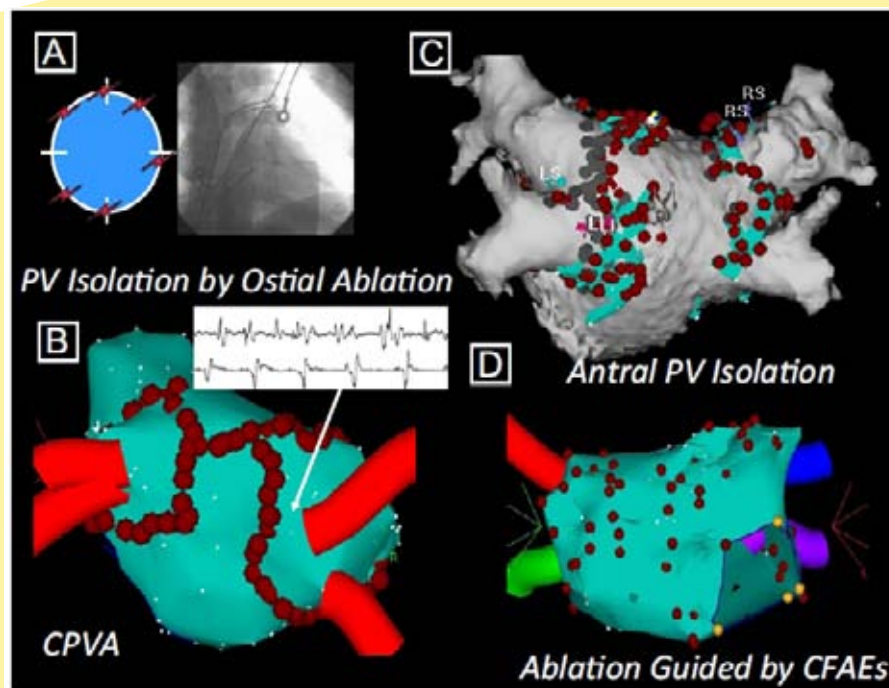


Fig. 3 Izolarea venelor pulmonare (Thomas Crawford, MD, Hakan Oral, MD. Current status and outcomes of catheter ablation for atrial fibrillation. Heart Rhythm, Vol 6, No 12S, December Supplement 2009)

În centrele cu experiență mare rata complicațiilor este redusă. Complicațiile posibile sunt: embolice, stenoză de vene pulmonare, fistulă atrio-esofagiană, tamponada cardiacă imediată sau tardivă, paralizie frenică, injurie periesofagiană, fistulă arterio-venoasă, anevrism, injurie radică, afectarea valvei mitrale, arterelor coronare, embolie gazoasă, hematom la locul de puncție, decesul datorat procedurii fiind estimat la 0.7% (1).

Primul ghid de fibrilație atrială indică tratamentul prin ablație la pacienții simptomatici cu dilatație atrială minimă, care au eșuat terapiei medicamentoase (nivel de evidență C)(2). Ulterior la această indicație se adaugă și pacienții selectați cu insuficiență cardiacă, iar în situații clinice selectate poate fi indicată ca prima linie de tratament (3).

Ultimul ghid de fibrilație atrială, publicat anul acesta, menține, în principiu, aceleași indicații, însă acestea sunt mai nuanțate și bazate pe studii clinice ce au arătat o netă superioritate a tratamentului intervențional de izolare a venelor pulmonare cu sau fără linii de ablație suplimentare comparativ cu tratamentul medicamentos. De menționat că majoritatea studiilor au inclus pacienți care eșuaseră cel puțin unui antiaritmice de clasă I sau III (1)

Indicațiile tratamentului ablativ al fibrilației atriale(1):

Clasa I:

-ablația flutterului atrial tipic documentat clinic ca parte a procedurii de ablație a fibrilației atriale (nivel de evidență B)

Clasa IIa:

-ablația fibrilației atriale paroxistice trebuie luată în considerare la pacienții simptomatici care au eșuat terapiei medicamentoase (nivel de evidență A)

-ablația fibrilației atriale persistente poate fi considerată o opțiune terapeutică la pacienții refractari la terapia antiaritmice (nivel de evidență B)

Clasa IIB:

-ablația fibrilației atriale la pacienții cu insuficiență cardiacă poate fi considerată la pacienții la care terapia medicamentoasă, incluzând amiodaronă, nu controlează simptomele (nivel de evidență B)

-poate fi considerată înainte de terapia antiaritmică la pacienții cu fibrilație atrială paroxistică simptomatică, în ciuda controlului frecvenței cardiace, care nu au boală cardiacă structurală

-poate reprezenta o opțiune de tratament la pacienții cu fibrilație atrială persistentă de lungă durată simptomatici, refractari la terapia antiaritmică.

Tratamentul anticoagulant periprocedural se face, în general, cu heparină nefracționată sau cu moleculă mică, ulterior terapia cu anticoagulante orale continuându-se cel puțin 3 luni (clasa IIa, nivel de evidență C). După această perioadă tratamentul anticoagulant este individualizat, în funcție de prezența factorilor de risc pentru accident vascular cerebral (scorul CHA2DS2-VASc) (clasa IIa, nivel de evidență B)(1).

La pacienții simptomatici, la care frecvența ventriculară nu poate fi controlată medicamentos, se poate face ablația cu radiofrecvență a nodului atriventricular, cu implantarea unui stimulator cardiac unicameral ventricular (4), sau cu stimulare biventriculară (resincronizare) la cei care au insuficiență cardiacă și indicație de resincronizare (1). Avantajele acestei terapii sunt: regularizarea ritmului cu ameliorarea simptomelor, controlul frecvenței și prevenirea tahicardiomiopatiei, asigurarea unui procent ridicat de pacing în cazul terapiei de resincronizare. Principalul dezavantaj este reprezentat de efectul dăunător al stimulării ventriculare drepte prin inducerea asincronismului de contracție.

La pacienții cu fibrilație atrială paroxistică sau persistentă care au indicație de stimulare cardiacă este indicată implantarea de stimuloare care au funcția de pacing de prevenire a fibrilației atriale (prin stimularea atrială cu o frecvență ușor superioară frecvenței sinusale, funcții de pacing postextrasistolic atrial etc) (5).

Bibliografie selectivă

1. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehq278
2. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society; Europace (2006) 8, 651–745
3. H. Calkins et al. HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation: Recommendations for Personnel, Policy, Procedures and Follow-Up. Europace (2007) 9, 335–379
4. The Ablate and Pace Trial: A Prospective Study of Catheter Ablation of the AV Conduction System and Permanent Pacemaker Implantation for Treatment of Atrial Fibrillation. Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology 1998;2:121–135
5. Guidelines for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy. The Task force for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy of the European Society of Cardiology. Developed in Collaboration with the European Heart Rhythm Association. Europace (2007) 9, 959-998

Întrebări, răspunsuri, comentarii

Prof Dr. Eduard Apetrei. Ghidul de fibrilație atrială din 2010 readuce în discuție tratamentul de fază acută al fibrilației atriale. Ce diferențe există față de ghidurile anterioare?

Prof Dr. Tiberiu Nanea. Se apelează la ghid. Dacă fibrilația este mai recentă de 48 ore, se încearcă restabilirea ritmului sinus, alegând medicația în funcție de patologia cardiacă existentă. La pacientul stabil hemodinamic, în absența bolilor structurale cardiace, se încearcă flecainida și propafenona iar în prezența bolilor structurale cardiace, amiodarona. La pacientul instabil hemodinamic, se folosește conversia electrică. Rezultatele studiului AFIRM au arătat echivalența controlului ritmului și al ratei ventriculare în prevenția evenimentelor cardio-vasculare. Faptul că restabilirea ritmului sinus nu s-a asociat cu reducerea ratei de evenimente, ci chiar de o creștere a fenomenelor tromboembolice se corelează cu lipsa antiaritmiciului ideal. Medicația folosită actualmente nu protejează complet de recurențele fibrilației atriale și are efect proaritmice. Conceptual vorbind, ritmul sinus este de dorit, dacă poate fi obținut în condiții de siguranță.

Prof Dr. Eduard Apetrei. Bolnavul are un risc mai mare de efecte adverse dacă intră și iese din fibrilație. Se adaugă riscul proaritmice al medicației. Dacă bolnavul tolerează fibrilația, nu este simptomatic, aș opta pentru controlul frecvenței ventriculare, nu al ritmului. În faza acută mai folosim digoxinul i.v? Se folosește rar, pentru reducerea frecvenței. Se începe cu 1/2 fiolă i-v, sse repetă după 40-45 min, monitorizând frecvența pe ECG, nu auscultator. Menționez însă că o frecvență ventriculară peste 200/min sugerează un sindrom WPW, în care digoxinul este contraindicat.

Conf. Dr. Adriana Ilieșiu. Studiul AFFIRM a arătat o rată mai mare de accidente vasculare cerebrale embolice în brațul de control al ritmului. Tratamentul anticoagulant trebuie continuat indefinit, și după reinstalarea ritmului sinus.

Prof. Dr. Eduard Apetrei. Practic, cât timp se face tratament anticoagulant după conversie?

Conf. Dr. Diana Nistorescu. O lună

Conf. Dr. Adriana Ilieșiu. După prima lună, trebuie judecat în context. Dacă nu are factori de risc, nu are boală structurală cardiacă, este la primul episod de fibrilație atrială, anticoagulantul poate fi întrerupt. Cât timp trebuie anticoagulat bolnavul după ablație?

Dr. Alexandru Deutsch Durata anticoagulării este aceeași ca după orice conversie la ritm sinus și se judecă pe baza scorului CHADS2. Dacă nu are factori de risc tromboembolic, tratamentul se face o lună. Există însă episoade asimptomatice de fibrilație atrialăși pot apare embolii chiar și la scor CHADS2 sub 1.

Prof. Dr. Tiberiu Nanea În noul ghid nu este clar la ce interval trebuie reevaluat pacientul și scorul CHADS2 , dacă inițial a avut un scor CHADS2 mic. Poate că la un moment dat va avea nevoie de tratament anticoagulant.

Prof Dr. Eduard Apetrei Noua clasificare a fibrilației atriale permite medicului și pacientului să opteze de la început pentru menținerea în fibrilație, fără a mai încerca conversia. Fibrilația atrială nou diagnosticată nu se confundă cu fibrilația atrială nou apărută. O altă noutate a ghidului este permisiunea de a controla mai lax frecvența ventriculară. Aceasta vine în contradicție cu studiile care au arătat că în ischemia miocardică protecția antiischemică este cu atât mai bună cu cât frecvența cardiacă este mai mică. Bradicardia în fibrilația atrială crește riscul de tromboză, mai ales în urechiușa stângă, unde apar trombi de tip venos. Aș dori să întreb dacă și cum trebuie anticoagulat bolnavul vârstic, de exemplu peste 75 ani, în fibrilație atrială.

Dr. Adrian Mereuță Tratamentul anticoagulant este cu atât mai indicat cu cât bolnavul este mai în vârstă, dat fiind riscul mai mare trombotic. În același timp însă crește și riscul hemoragic o dată

cu vârsta iar monitorizarea prin INR trebuie să fie mai frecventă. Există o tendință de a menține valorile INR mai jos, între 1,5-2 la vârstnici, pentru a reduce riscul hemoragic. Studiile au arătat însă că la aceste valori ale INR riscul trombotic este de 2 ori mai mare decât la INR 2-3. De aceea trebuie folosite valori țintă ale INR între 1,8-2,5 și la vârstnic.

Prof Dr. Eduard Apetrei. Într-adevăr, INR sub 2 crește mult riscul tromboembolic. Este important de evaluat scorul hemoragic. Vârsta nu este o contraindicație per se de anticoagulare.

Prof Dr. Tiberiu Nanea . Monitorizarea INR se face, în practică, la 3 săptămâni. Reflectă valorile obținute starea reală de anticoagulare în tot acest interval?

Prof. Dr Eduard Apetrei Trebuie luată în considerare variabilitatea INR legată de alimente, medicamente administrate concomitent (cum sunt antiinflamatoarele nesteroidiene) și în aceste situații INR trebuie monitorizat mai des.

Dr Adrian Mereuță. Se consideră un nivel acceptabil de risc hemoragic până la INR 3,5.

Prof Dr Eduard Apetrei. La INR sub 2, este risc mare trombotic,; INR optim este 2,5; peste această valoare, crește riscul hemoragic.

Conf Dr Adriana Ilieșiu. După un accident embolic apărut sub anticoagulante se crește doza de anticoagulant, nu se adaugă antiagregant plachetar.

Prof Dr Tiberiu Nanea Care este atitudinea în fața unui bolnav cu fibrilație atrială, anticoagulat cronic, care face un accident vascular hemoragic?

Prof Dr Eduard Apetrei. Asemenea cazuri sunt extrem de dificile și cu prognostic prost. După remiterea accidentului vascular, se reia anticoagularea.

Prof Dr Tiberiu Nanea Care este indicația medicației antiaritmice după ablație?

Dr. Alexandru Deutsch Ablația poate fi incompletă, urmată de reapariția fibrilației sau pot exista și alte zone cu circuite de reintrare. Tratamentul este tot ablativ. Cicatricele post ablație nu induc fibrilația atrială ele însele.

Prof Dr Eduard Apetrei. Cicatricele după intervenții chirurgicale cu secționarea atriilor sau comisurotomii induc aritmii. Unii bolnavi rămân în fibrilație atrială și suferă ablație de nod atrio-ventricular pentru controlul frecvenței ventriculare. Trebuie continuat tratamentul anticoagulant, întrucât atriile sunt în fibrilație permanentă.

Prof Dr Alexandru Câmpeanu În noua clasificare a fibrilației atriale a apărut, pe lângă categoria de fibrilație la primul diagnostic, și fibrilația permanentă. Care este atitudinea terapeutică la aceste cazuri?

Prof Dr Eduard Apetrei Bolnavul în fibrilație atrială permanentă este acela care decide, împreună cu doctorul său, să rămână în fibrilație sau are contraindicație la defibrilare. Contrastul spontan nu mai este o contraindicație la defibrilare.

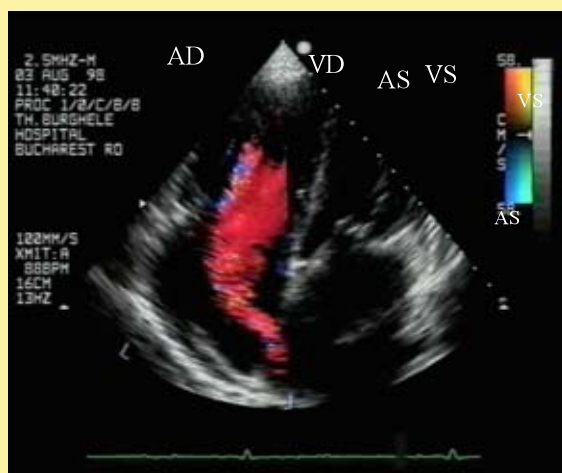
Prof Dr Alexandru Câmpeanu Unii pacienți cu fibrilație atrială de un an nu mai sunt defibrilați.

Prof Dr Eduard Apetrei. În fibrilația atrială permanentă decizia este de la început. Bolnavul poate intra ulterior în altă categorie, de exemplu dacă fibrilația devine simptomatică.

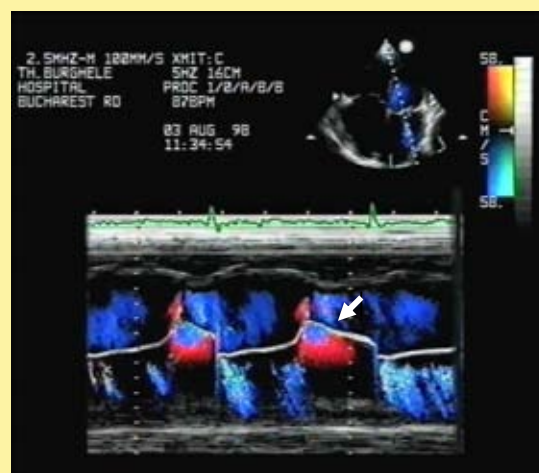
Prof Dr Alexandru Câmpeanu. Această categorie apare pentru a da bolnavului o șansă să beneficieze de defibrilare.

Prof Dr Eduard Apetrei Eu nu l-aș defibrila. Importanță este „înțelegerea” dintre bolnav și medic de a rămâne în fibrilație atrială

Interpretarea ecocardiografiei din numărul precedent



a)



b)

a) Eco.Doppler color 2D, secțiune apicală 4 camere
b) Eco.Doppler color modul M, realizată la nivel transvalvular mitral din secțiune apicală 4 camere
Ecocardiografiile a și b aparțin aceluiași pacient ce prezintă insuficiență cardiacă clasa a IV-a NYHA

- a) Identifică un flux mozaicat atriul stâng-atriul drept, sugerând defect septal interatrial, cu șunt stanga-dreapta.
- b) sageata albă indică valva mitrală anterioară îngroșată, cu deschidere limitată, tipică stenozei mitrale.

Diagnostic: sindrom Lutembacher

Comentariu Prof Dr Ioan Tiberiu Nanea

Colectivul de redacție

Redactor Șef: Ioan Tiberiu Nanea

Redactori: Radu Ciudin

Gabriela Silvia Gheorghe

Adrian Mereuță

Tehnoredactor: Andrei Cristian Dan Gheorghe

ISSN: 2066-6659

Editura ETNA, str Anton Pann, nr 18 A, sector 3, Bucuresti,

Tipărit la C&C PRINT DESIGN Strada Aromei, nr 26-28, sector 2, Bucuresti; www.printdesign.ro

Foaia de informare medicală –revistă acreditată CMR

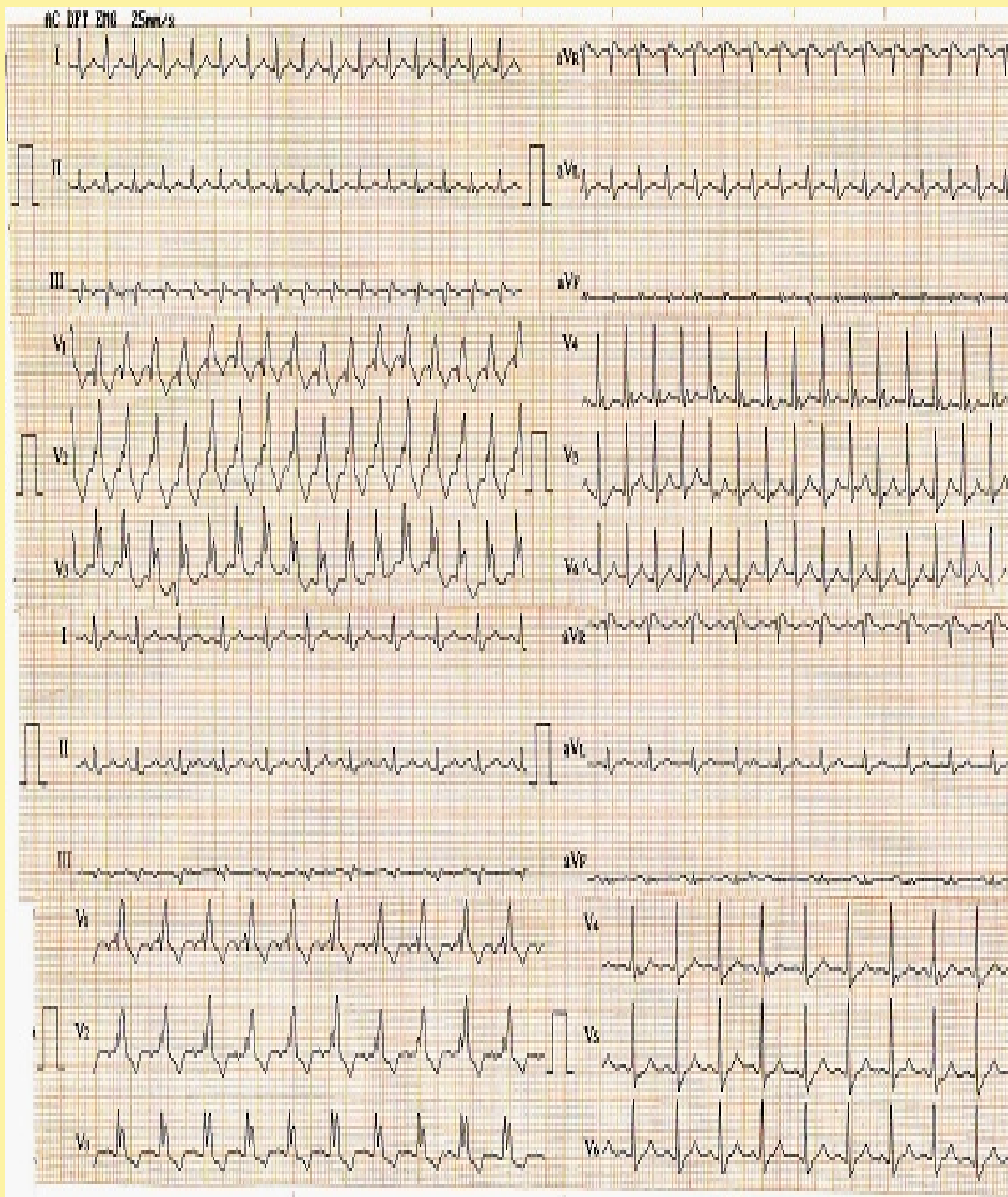
Departamentul Profesional-Stiințific Email: profesional@cmr.ro Nr. 715/15/02/2010

Către Editura Etna Urmare a solicitării Dvs., vă comunicăm că publicația „Foaie de informare medicală” a fost introdusă în Nomenclatorul Publicațiilor Medicale al CMR pentru anul **2010**, fiind inclusă astfel între publicațiile creditabile conform Deciziei Nr.02/2009 a CN al CMR publicată în Monitorul Oficial Nr. 199/30.03.2009.

Prin urmare, medicii abonați la această publicație sunt creditați cu 5 credite CMR/an.

Cu stima, Vicepresedinte **Prof. Univ. Dr. Vlad Tica**, Cordonaator al Dep. Profesional-Științific

ECG-blitz



Pacient în vârstă de 72 ani, diagnosticat cu neoplasm pulmonar, se internează pentru palpitații și colaps.

Răspunsurile se primesc până la data de 29 noiembrie 2010 pe adresa de e-mail filialabucure@yahoo.com.
Vor fi premiați cei care vor trimite cele mai multe răspunsuri corecte (minimum 6).