

Evidence-based Medicine

Tra ipotesi di lavoro ed applicazione

Ferrara, 29-30 settembre 2000

Sessione Clinica

Evidence-based Clinical Problem Solving

4. Cardiologia

Scenario Clinico (1)

- Il signor Luigi è un agricoltore di 59 anni, senza precedenti patologici di rilievo, che si ricovera per cardiopalmo con stato di agitazione, senza sintomi associati (dispnea, angina).
- All'esame obiettivo si riscontra solo un ritmo cardiaco irregolare ed a elevata frequenza. L'ECG evidenzia una fibrillazione atriale (FA) con frequenza cardiaca media 138 batt/min senza altre alterazioni.
- Viene tentata cardioversione farmacologica con propafenone e.v. senza successo, ed 8 ore dopo il paziente viene sottoposto a DC-shock con ripristino del ritmo sinusale.

CLINICAL QUESTIONS



- In un paziente al primo episodio di fibrillazione atriale, deve essere sempre tentata la cardioversione farmacologica immediata ?
- Quali tra le seguenti indagini ritieni appropriate ?
 - Ecocardiografia
 - Test da sforzo
 - Ormoni tiroidei

Scenario Clinico (2)

- Il paziente, con ecocardiografia nella norma ed ormoni tiroidei ai limiti, viene dimesso con la diagnosi di “FA idiopatica”, senza alcun trattamento farmacologico.

CLINICAL QUESTIONS



- Ritieni appropriata la decisione di non prescrivere alcuna profilassi (antiaritmica, antitrombotica) nel Sig. Luigi ?

Scenario Clinico (3)

- Il signor Luigi si ripresenta al PS dopo 3 anni di benessere per un altro accesso di FA, iniziato alcune ore prima, con caratteristiche clinico-ECG simili al precedente.
- Anche in questa occasione viene tentata cardioversione farmacologica con propafenone e.v. - risultata inefficace - e dopo 12 ore, eseguito il DC-shock.
- Il paziente aveva, nel frattempo, iniziato terapia con ACE-inibitori per una ipertensione lieve. Era tuttavia asintomatico (al di fuori dell'accesso di FA) e l'obiettività clinica rimaneva invariata.

CLINICAL QUESTIONS



- Ritieni appropriato il trattamento farmacologico dell'ipertensione nel sig. Luigi ?

Scenario Clinico (4)

- Il paziente si ripresenta al PS dopo due anni per un altro accesso di FA (FC media all'ECG: 115 batt/min) e riferisce di aver avuto altri 3 accessi della durata di 8-14 ore negli ultimi 2 mesi.
- La tachiaritmia è meglio tollerata che in passato (attribuibile alla più bassa FC per il trattamento con sotalolo), ma il paziente è fortemente condizionato dalla aritmia ed in continuo stato di ansia perché teme sempre la comparsa di un accesso.

CLINICAL QUESTIONS



• Considerato il “fallimento” del sotalolo, qual’è l’alternativa più efficace per prevenire le recidive degli attacchi di FA parossistica ?

- Sotalolo
- Propafenone
- Amiodarone
- Altri farmaci
- Nessun farmaco

Scenario Clinico (5)

- Dopo un anno il paziente riferisce 3-4 accessi al mese che si protraggono da 8 a 24 ore
- In altre parole, la FA parossistica è diventata refrattaria alla profilassi con antiaritmici e condiziona notevolmente la qualità di vita del paziente.

American College of Chest Physicians

**Fifth ACCP consensus conference
on antithrombotic therapy**

Chest 1998;114(5 Suppl):439S-769S

Antithrombotic therapy is not recommended for cardioversion in patients with supraventricular tachycardia or AF of less than 48 h duration.
(Grade C2)

Chest, 1998

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK

Getting validated guidelines into local practice



Antithrombotic Therapy

March 1999

ATRIAL FIBRILLATION

(For other cardiac causes of systemic embolism, see full guideline)

B Risk factors for **systemic thromboembolism** should be assessed routinely in all patients with atrial fibrillation

Risk factors for thromboembolism in AF are:

- *previous ischaemic stroke or TIA*
- *age over 65 years*
- *hypertension*
- *diabetes mellitus*
- *cardiac failure*
- *echocardiography showing LV dysfunction or mitral valve calcification*

Warfarin (target INR 2.5, range 2.0-3.0) reduces stroke risk by 68%

Aspirin (75-300 mg/day) reduces stroke risk by 20%

A **Patients with AF but without additional risk factors** require no antithrombotic prophylaxis unless there are other indications for aspirin. **Patients with one or more risk factors** should be considered for warfarin therapy in preference to aspirin

C Warfarin prophylaxis should also be considered in patients with **atrial fibrillation and heart valve disease or prostheses, thyrotoxicosis, intracardiac thrombus, or non-cerebral thromboembolism**

B The decision to use warfarin or not should be based on discussion of the **balance of risk and benefit** with each individual, including assessment of compliance

To minimise the risk of intracranial bleeding in patients on warfarin, hypertension should be controlled, compliance assessed and the risks and benefits of warfarin reviewed annually, especially in those aged over 75 years

C **Cardioversion to restore sinus rhythm** should be considered in selected patients, because it may avoid the need for long term warfarin. *For recommended anticoagulant cover for cardioversion, see full guideline.*

Thomson R, Parkin D, Eccles M, Sudlow M, Robinson A

**Decision analysis and guidelines for
anticoagulant therapy to prevent stroke in
patients with atrial fibrillation**

Lancet 2000;355:956-62

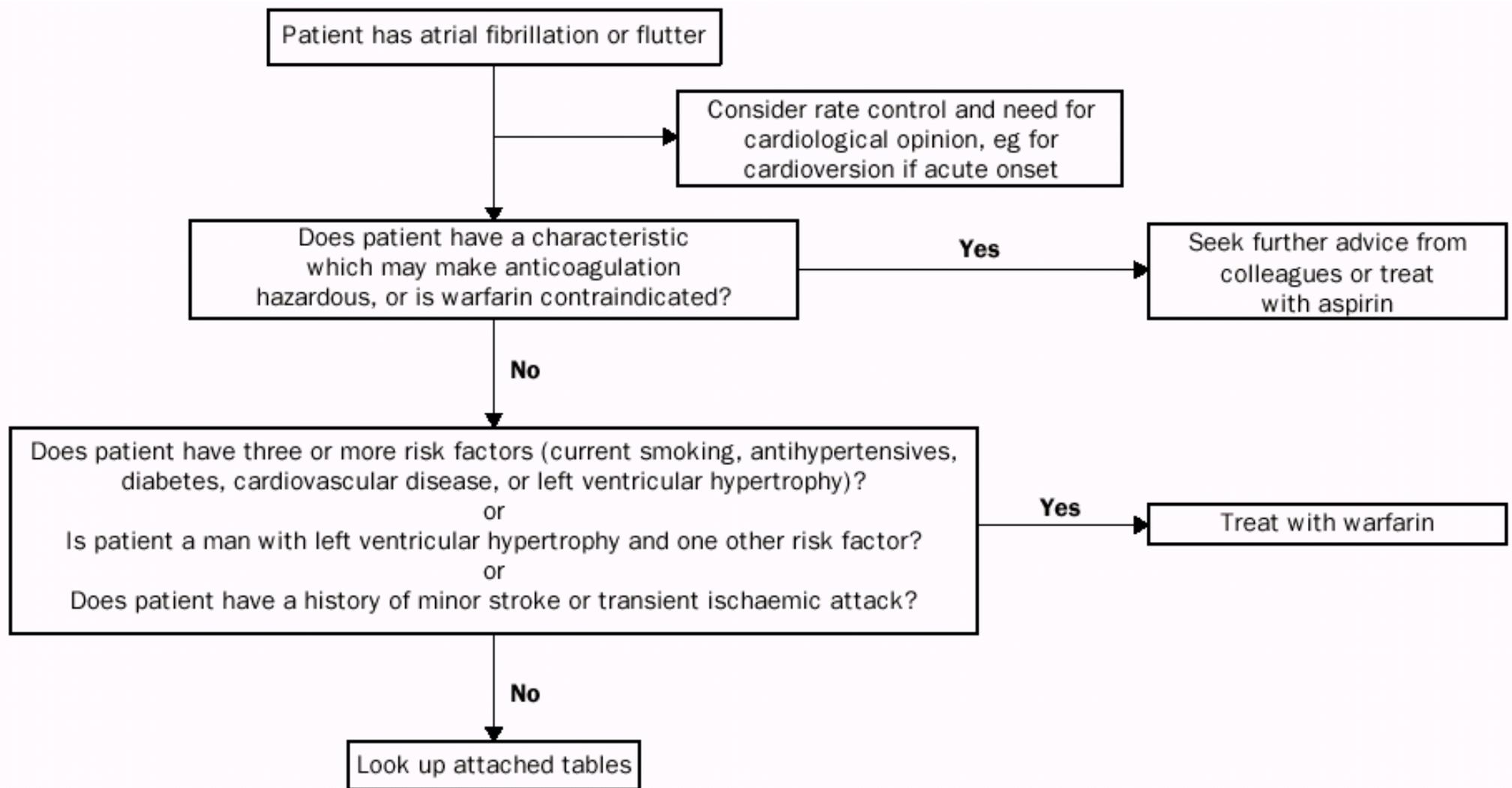


Figure 1: **Flowchart showing guidelines for treatment of patients with atrial fibrillation with warfarin**

Additional notes: address reversible risk factors (eg, smoking or uncontrolled hypertension) and consider whether addressing them might alter the need for anticoagulation; review patients annually to reassess advice; since tables are derived from average values, remember the importance of individual patient's preferences (eg, if patients have little or no aversion to warfarin treatment, threshold for advising treatment will fall, whereas patients particularly averse to treatment may have a higher threshold. In the latter case, a trial of therapy may be justified).

Men aged 60-64 years

Risk factors	Systolic blood pressure (mm Hg)						
	110	120	130	140	150	160	170
None	■	■	■	■	■	■	■
DM or HT	■	■	■	■	■	■	□
Cigs or CVD	■	■	■	■	□	□	□
DM + HT	■	■	■	□	□	□	□
LVH	■	■	□	□	□	□	□
(DM or HT)+(Cigs or CVD)	■	■	□	□	□	□	□
Cigs + CVD	■	□	□	□	□	□	□

- No benefit from treatment
- Clear benefit from treatment
- Borderline: benefit only at upper end of age range

Figure 2: **Look-up table incorporating guidelines for warfarin treatment in men with atrial fibrillation**

HT=on antihypertensive therapy; DM=diabetes mellitus; Cigs=current smoker; CVD=presence of cardiovascular disease; LVH=presence of left ventricular hypertrophy.

Kochiadakis GE, Igoumenidis NE, Marketou ME, et al.

Low dose amiodarone and sotalol in the treatment
of recurrent, symptomatic atrial fibrillation.
A comparative, placebo controlled study.

Heart 2000;84:251-7

Joseph AP, Ward MR

A prospective, randomized controlled trial
comparing the efficacy and safety of sotalol,
amiodarone, and digoxin for the reversion of
new-onset atrial fibrillation

Ann Emerg Med 2000;36:1-9

Roy D, Talajic M, Dorian P, et al.

Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation
Canadian Trial of Atrial Fibrillation Investigators

N Engl J Med 2000;342:913-20



Agency for Healthcare Research and Quality

Quality Research for Quality Healthcare



Evidence Report/Technology Assessment Number 12

Management of New Onset Atrial Fibrillation

AHRQ Publication No. 00-E006, May 2000