

CURARE LA FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA)

Milioni di persone in Europa che soffrono della 'nuova epidemia del millennio' potrebbero non conoscere le opzioni di trattamento salvavita

COS'È LA FA?

La Fibrillazione Atriale (FA) è caratterizzata da un ritmo cardiaco irregolare e spesso veloce il cui risultato è una contrazione scoordinata delle due camere superiori del cuore (atri)¹



11 milioni
di persone colpite in Europa²



FA aumenta il rischio di altre **patologie potenzialmente fatali**³



5x
Aumento insufficienza cardiaca



2.4x
Aumento ictus



2x
Aumento mortalità cardiovascolare

La gravità della FA è fortemente non compresa:

45%
DEI PAZIENTI

Ritiene erroneamente che non sia una condizione pericolosa⁴

Le ultime linee guida raccomandano una strategia di gestione integrate per.⁵⁻⁶



Ridurre la mortalità



Personalizzare la gestione del Paziente in base alle sue necessità



Ridurre le ospedalizzazioni

TRATTAMENTO

Il trattamento si concentra sul gestire l'irregolarità del battito cardiaco, migliorare i sintomi e ridurre le complicanze, con lo scopo di migliorare l'aspettativa e la qualità della vita⁵

I pazienti dovrebbero avere un ruolo principale nelle decisioni inerenti alle loro cure, essere informati da un team multidisciplinare composto da:⁵



Cardiologi



Electrofisiologi



Professionisti non specialisti: medici di base, infermieri



Professionisti affini: dietologi, tecnici, medici, etc

PERCORSO DI CURA⁵



Gestione dei fattori di rischio cardiovascolare riduzione del rischio di ictus per migliorare aspettativa e qualità della vita



Procedure mediche (es. cardioversione elettrica o farmacologica) che riportano a un ritmo normale un cuore aritmico



Terapie di controllo della frequenza per tenere sotto controllo il battito cardiaco



Terapie di controllo del ritmo, inclusi farmaci antiaritmici (AAD) e ablazione transcateretere, per mantenere il normale ritmo sinusale nel tempo

SPOTLIGHT:

Terapie di controllo del ritmo – gestione della FA nel tempo



TERAPIA FARMACOLOGICA (AAD)

Gli AAD agiscono sopprimendo l'insorgenza o deprimendo la trasmissione di segnali elettrici anomali, causa dell'aritmia⁵

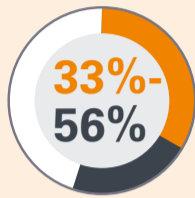
Esempi: bloccanti del canale di sodio (disopiramide, chinidina, flecainide, propafenone) e del canale di potassio (amiodarone, dronedarone, dofetilide, sotalolo)⁵



ABLAZIONE TRANSCATETERE

Procedura interventistica che crea piccole cicatrici su porzioni selezionate di tessuto cardiaco per bloccare i segnali anomali causa dell'aritmia⁵⁻⁶

EFFICACIA



dei pazienti **HANNO UN NORMALE RITMO SINUSALE DOPO 1 ANNO⁷**



FINO AL 94% dei pazienti **NON SOFFRE PIU' DI ARITMIA DOPO 1 ANNO⁸⁻¹⁷**



PUÒ RIPORTARE ITASSI di mortalità, ictus e demenza **A VALORI SIMILI A QUELLI DI PAZIENTI SENZA FA¹⁸**

QUALITÀ DA VITÀ



dei pazienti **MIGLIORA LA PROPRIA QUALITÀ DELLA VITA¹⁹**



dei pazienti **MIGLIORA LA PROPRIA QUALITÀ DELLA VITA²⁰**



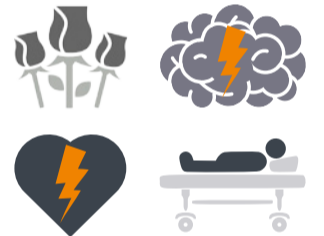
EVENTI AVVERSI/COMPLICANZE



dei pazienti **INTERROMPE LA CURA PER CAUSE AVVERSE⁷**



In meno di probabilità di **MORTE, ICTUS ARRESTO CARDIACO E RICOVERO DOPO 7 ANNI^{21,22}**



COSTS

BASSI COSTI INIZIALI

Tuttavia i **COSTI TOTALI** possono crescere nel tempo

Con incrementi **FINO AL 28%** ANNUALE dopo 9 anni²³⁻²⁶

PROIEZIONE COSTI 10 ANNI DOPO L'ABLAZIONE

L'ABLAZIONE TRANSCATETERE era associata con il

35% RISPARMIO²⁶

I pazienti con **FA parossistica (intermittente)** **HANNO QUASI 10X MENO PROBABILITÀ DI PROGREDIRE A FA PERSISTENTE, se trattati con ablazione transcateretere** rispetto a quelli sotto AAD (HR 0.11; 95% CI 0.025-0.483; p=0.0034²⁷)



Rispetto alla terapia farmacologica, nella cura dei pazienti con FA l'ablazione transcateretere è clinicamente più conveniente ed efficace^{7,19,28-31}

FONTE 1. Izzo PA (2015). Handbook of Cardiac Anatomy, Physiology and Devices. Springer Science and Business Media. Switzerland; 2. Global Burden of Disease Collaborative Network (2016) Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Accessed October 2019. Available from <https://gbd2016.healthdata.org/gbd-search/>; 3. Odutayo A et al. (2016), BMJ 354:i4482; 4. Aliot E, et al. (2010), Europace 12 (5):626-633; 5. Kirchhof P, et al. (2016) Eur Heart J 37 (38):2893-2962; 6. Calkins H, et al. (2017), Heart Rhythm 14 (10):e275-e444; 7. Lafuente-Lafuente C, et al. (2015) Cochrane Database Syst Rev (3): Cd005049; 8. Hussein A, et al. (2017), J Cardiovasc Electrophysiol 28 (9):1037-1047; 9. Taghji P, et al. (2018). JACC Clin Electrophysiol 4 (1): 99-108; 10. Phipps T, et al. (2018) Europace 20 (Fl_3): f419-f427; 11. Solimene F, et al. (2019), J Interv Card Electrophysiol 54 (1):9-15; 12. Di Giovanni G, et al. (2014), J Cardiovasc Electrophysiol 25 (8):834-839; 13. Jourda F, et al. (2015), Europace 17 (2):225-231; 14. Lemes C, et al. (2016), Europace 18 (2):201-205; 15. Guhl EN, et al. (2016), J Cardiovasc Electrophysiol 27 (4):423-427; 16. Irfan G, et al. (2016), Europace 18 (7):987-993; 17. Boveda S, et al. (2018), JACC Clin Electrophysiol 4 (11):1440-1447; 18. Bunch TJ, et al. (2011), Journal of Cardiovascular Electrophysiology 22 (8):839-845; 19. Jais P, et al. (2008), Circulation 118 (24):2498-2505; 20. Mark DB, et al. (2019), JAMA. Apr 2;321(13):1275-1285; 21. Packer DL, et al. (2019), JAMA. Apr 2;321(13):1261-1274; 22. Noseworthy PA, et al. (2019), Eur Heart J 40 (16):1257-1264; 23. Bruggenjurgen B, et al. (2013), Pharmacoeconomics 31 (3):195-213; 24. Nilsson J, et al. (2013), Eur J Health Econ 14 (3):481-493; 25. Akerborg O, et al. (2012), Clin Ther 34 (8):1788-1802; 26. Weerasooriya R, et al. (2003), Pacing Clin Electrophysiol 26 (1 Pt 2):292-294; 27. Kuck KH, et al. (2019) Catheter ablation delays progression of atrial fibrillation from paroxysmal to persistent atrial fibrillation. ESC Late-breaking Science 2019. Paris, France. August 31, 2019; 28. Takigawa M, et al. (2014), Circ Arrhythm Electrophysiol 7 (2):267-273; 29. Cotte FE, et al. (2016), Europace 18 (4):501-507; 30. Freedman B, et al. (2017), Circulation 135 (19): 1851-1867; 31. Jais P, et al. (2008), Circulation 118 (24): 2498-2505.

Una copia completa del report è scaricabile da https://getsmartaboutafib.net/en-EMEA/home*****