

## Evidence Based Medicine

**Alessandro Filippi**

**Con questo numero inizia una nuova rubrica** che intende rappresentare un aiuto per l'attività ambulatoriale del medico di medicina generale. I rapidi progressi scientifici e la vastità dei problemi che si affrontano in medicina generale rendono difficoltoso mantenersi aggiornati in tutti i campi. La presenza di ampie revisioni della letteratura o di linee guida è sicuramente un valido riferimento, ma il loro numero e la loro lunghezza non le rende uno strumento da utilizzarsi quotidianamente. La Simg ha quindi deciso di fornire una sintesi estrema, di immediata e rapidissima consultazione, sugli argomenti più importanti per il medico generale. Il materiale si basa sulle attuali linee guida nazionali ed internazionali e su autorevoli revisioni della letteratura. La bibliografia è disponibile su richiesta. Si affronteranno solo i punti più rilevanti e frequenti nella pratica giornaliera. Lo scopo è quindi quello di fornire un orientamento rapido, ma affidabile e aggiornato, da utilizzarsi eventualmente anche durante l'orario d'ambulatorio. Quanto pubblicato sarà inoltre reperibile sul sito della Simg ([www.simg.it](http://www.simg.it)) in modo da consentire a chi lo desidera l'inserimento del testo elettronico in computer. Si è ritenuto utile affiancare al materiale per il medico un breve stampato per il paziente e i familiari che pubblicheremo nel prossimo numero. Esistono già brevi pubblicazioni per i pazienti prodotte da associazioni mediche e non mediche. Sono sicuramente un valido punto di riferimento e uno strumento di approfondimento prezioso. Dal punto di vista pratico, però, questi opuscoli risultano spesso poco maneggevoli in medicina generale, soprattutto perché sarebbe necessario conservarne in studio centinaia di copie (visto il numero di patologie trattate in ambulatorio). Per questo motivo si è optato per una sintesi contenuta in una o due facciate. Soprattutto per questo materiale è utile l'inserimento in computer, in modo da evitare la conservazione, sempre problematica, di copie cartacee. Per gli utenti di Millennium la scheda per i pazienti verrà inserita col tempo nella sezione "consigli". Da pochi giorni la Simg ha iniziato una ricerca che riguarda l'uso degli anticoagulanti orali nei pazienti con fibrillazione atriale. Di fronte alla scarso uso di questi farmaci anche in pazienti ad alto rischio è importante comprendere le motivazioni per le quali una raccomandazione largamente condivisa e solidamente documentata viene frequentemente disattesa. L'indagine in atto richiede un impegno di lavoro che può variare da 5 a 20 minuti e fornirà una risposta utilizzabile per strutturare le iniziative mirate a migliorare la gestione dei pazienti con fibrillazione atriale. Chi fosse interessato può esaminare il protocollo sul sito della Simg ([www.simg.it](http://www.simg.it)). Per partecipare a ricerche simili in futuro è possibile inviare un messaggio al dott. Alessandro Filippi ([filippi.Alessandro@simg.it](mailto:filippi.Alessandro@simg.it)).

### **Cause, fattori scatenanti e accertamenti**

Anche se solo alcuni sono modificabili vanno ricercati sempre in quanto importanti per prognosi e

terapia.

- Ipertensione arteriosa
- Valvulopatie, soprattutto mitraliche: sempre ecocardiogramma (una tantum)
- Cardiomiopatie: sempre ecocardiogramma (una tantum)
- Coronaropatia: sempre almeno indagine anamnestica + ECG (possibilmente al ripristino rs)
- Cardiopatie congenite: sempre ecocardiogramma (una tantum)
- Pericardite, miocardite: sempre anamnesi, esame obiettivo e ecocardiogramma
- Importante patologia infettiva: sempre anamnesi e esame obiettivo ed eventuali esami del caso
- Iper o ipotiroidismo: sempre anamnesi, esame obiettivo e test tiroidei
- Importanti alterazioni elettrolitiche: sempre anamnesi mirata e esami ematochimici
- Intossicazione/astinenza da alcol; eccesso fumo sigaretta, altre sostanze tossiche: sempre anamnesi mirata
- Neoplasie, soprattutto polmone mediastino: sempre anamnesi, esame obiettivo e eventualmente RX torace
- Sarcoidosi, amiloidosi, feocromocitoma: da ricercarsi in caso di elementi suggestivi
- Recenti interventi di chirurgia cardiaca e non cardiaca

**In sintesi gli accertamenti da eseguirsi sempre sono:**

- a. anamnesi ed esame obiettivo che considerino le cause/concause più frequenti
- b. elettroliti
- c. funzionalità tiroidea

- d. ECG (non solo per documentare l'aritmia, ma anche, se possibile, in ritmo sinusale)
- e. ecocardiogramma

## **Cardioversione**

**Quando:** la possibilità di cardioversione deve essere considerata sempre. L'invio è urgente in caso d'instabilità emodinamica, entro 48 ore dal momento d'insorgenza in caso totale asintomaticità, dopo adeguata profilassi antitrombotica (3-4 settimane dal raggiungimento di INR 2-3; si ricorda che la scoagulazione va mantenuta per altre 4 settimane dopo il ripristino del ritmo sinusale) in caso di FA persistente da tempo ed asintomatica.

**Dove:** anche se spesso la prima scelta è una cardioversione farmacologica, il paziente deve essere riferito ad ospedale dotato di possibilità di cardioversione elettrica esterna e, preferenzialmente, anche intracavitaria; ulteriore elemento di preferenza è la disponibilità di ecocardiografia transesofagea.

**Perché:** il ripristino del ritmo sinusale

- a. elimina il rischio tromboembolico legato all'aritmia
- b. elimina l'eccesso di mortalità legato all'aritmia
- c. evita la riduzione della funzionalità ventricolare e il suo progressivo deterioramento

**Controindicazioni assolute:**

- a. previsione di intervento cardiocirurgico a brevissimo termine
- b. impossibilità all'uso di anticoagulanti orali in presenza di severa valvulopatia emboligena mitralica o tricuspide

**Controindicazioni assolute:**

- a. numerose recidive nonostante profilassi e correzione di eventuali fattori favorenti
- b. presenza di patologie neoplastiche

c. età molto avanzata con FA asintomatica

d. presenza di controindicazione alla terapia profilattica delle recidive in caso questa sia ritenuta indispensabile a fronte di alto rischio di recidiva

### ***Profilassi delle recidive:***

circa il 50% dei pazienti in terapia profilattica presenta recidive contro l'80% circa di chi non assume farmaci a questo scopo. La decisione di sottoporre a profilassi e la scelta del farmaco dipende da

a. numero e gravità degli episodi di recidiva

b. risultati ottenuti precedentemente con altri farmaci

c. altra patologia cardiaca e non cardiaca associata. In generale un unico episodio ben tollerato in assenza di cardiopatia non necessita di profilassi antiaritmica; negli altri casi questa terapia deve essere presa in considerazione (generalmente dallo specialista).

È importante identificare precocemente una recidiva asintomatica e per questo motivo si può istruire il paziente all'autocontrollo (non ossessivo) del polso.

## **FA cronica (impossibile ripristino/mantenimento del ritmo sinusale)**

### **Controllo della frequenza cardiaca**

Il mantenimento di un'adeguata frequenza cardiaca ha lo scopo di minimizzare i sintomi e ridurre il deterioramento della funzione cardiaca. Se il paziente presenta una frequenza  $< 70$ /min. non è necessaria alcuna terapia. Più frequentemente bisogna utilizzare farmaci allo scopo di mantenere i battiti tra 70 e 90 al minuto riposo e non più di 130 al minuto nel corso di sforzi medio lievi.

I farmaci utilizzabili sono

a. digitale

b. verapamil

c. diltiazem

d. beta bloccanti.

Sebbene vi siano teoricamente motivi per scegliere uno o l'altro di questi farmaci a seconda della tipologia del paziente, non vi sono al momento prove della superiorità dell'uno nei confronti dell'altro. Ovviamente la presenza di patologie concomitanti o di controindicazioni può influenzare la scelta. Se la frequenza cardiaca non è adeguatamente controllata dal dosaggio pieno di una sola molecola è possibile l'associazione: digitale+verapamil (ricordando che il verapamil aumenta la digossinemia e, molto meno, la digitossinemia), digitale + diltiazem (possibile interazione: monitorare la digitemia), digitale + beta bloccante, beta bloccante + diltiazem (con una certa prudenza). Nel caso i farmaci risultino insufficienti o inefficaci si può ricorrere all'ablazione-modificazione del nodo AV tramite catetere a radiofrequenza (vedi paragrafo sulle nuove tecniche)

### **Prevenzione delle tromboembolie:**

FA associata a valvulopatia mitralica

Terapia anticoagulante con INR 2-3 indipendentemente presenza di altri fattori di rischio

FA non associata a valvulopatia

- terapia anticoagulante con INR 2-3 in assenza di controindicazioni per
  - pazienti tra 65 e 75 anni
  - pazienti >75 anni e almeno un fattore di rischio tromboembolico aggiuntivo (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, dilatazione atriale sinistra, disfunzione sistolica ventricolare sinistra, pregresso ictus o TIA). In considerazione del più elevato rischio emorragico nell'anziano l'indicazione va posta dopo valutazione attenta del singolo caso dopo aver accertato la comprensione delle finalità e dei rischi della terapia da parte dell'interessato e dei familiari.
- nessuna terapia per
  - pazienti < 65 anni senza fattori di rischio
- ASA (75-325 mg/die)

in alternativa agli anticoagulanti orali ( efficacia minore rispetto agli anticoagulanti) nelle seguenti

condizioni:

a. pazienti tra 65 e 75 anni con controindicazione agli anticoagulanti,

b. pazienti >75 anni con fattori di rischio, ma per i quali si ritenga prevalente il rischio emorragico su quello tromboembolico

c. in caso di scarsa compliance o difficoltà nel monitoraggio.

Come alternativa all'ASA per la prevenzione secondaria è possibile utilizzare indobufene alla dose di 100-200mg due volte al dì.

– valutazione individuale per

• pazienti <65 anni in presenza di uno o più fattori di rischio: uso di ASA o anticoagulanti a seconda della probabilità di eventi tromboembolici

– Recidive ictus o TIA in pazienti con protesi valvolari e adeguata terapia anticoagulante orale: indicato aggiungere all'anticoagulante ASA 100mg/die o Dipyridamolo 200mg due volte al dì.

## **FA parossistica**

**Controllo della frequenza cardiaca e profilassi delle recidive:** nel 50%-70% dei casi vi è un ripristino spontaneo del ritmo sinusale entro 48 ore. L'opportunità di terapia per il controllo della frequenza in caso di recidiva e/o per la prevenzione della recidiva stessa dipende dalla sintomatologia e dalla frequenza degli episodi. I farmaci più maneggevoli per il MMG sono i beta bloccanti, che consentono sia la profilassi delle recidive che il controllo della frequenza nel caso si ripeta un episodio di FA. In alternativa si possono considerare sotalolo e amiodarone, che richiedono però una buona conoscenza del farmaco e un controllo più attento, soprattutto nei primi periodi di terapia. Nel paziente con cuore sano si possono considerare anche propafenone e flecainide, sempre che il medico abbia confidenza con l'uso di queste molecole.

**Prevenzione delle tromboembolie:** dal punto di vista pratico FA cronica e recidivante possono essere trattate come un'unica entità per quanto riguarda il rischio tromboembolico, valgono quindi le indicazioni del precedente paragrafo. Si ricorda che un singolo e unico episodio di FA conseguente ad evento scatenante ben identificabile (non ripetibile o evitabile) non rappresenta un fattore di rischio tromboembolico e non richiede quindi terapia.

**In caso di palpitazioni sospette:** non è raro che il paziente riferisca palpitazioni compatibili con FA parossistica. I tentativi di registrare la possibile aritmia possono essere più o meno intensi a seconda

della rilevanza di una corretta diagnosi per la gestione del paziente.

**Formulare un'ipotesi diagnostica operativa:** tutti i pazienti (o i loro familiari) possono essere istruiti a registrare le modalità d'inizio/fine della "crisi" (insorgenza e termine brusco o graduale, durata delle palpitazioni) e le caratteristiche del polso (battiti/min., sequenza ritmica/aritmica). Pur con i limiti insiti in questo tipo d'informazioni è spesso possibile giungere ad un'ipotesi diagnostica "operativa", soprattutto se si considera la presenza o meno di patologie correlabili a FA (vedi apposito paragrafo).

**Quando non indagare oltre:** ulteriori indagini possono non essere necessarie in caso di sintomi scarsi o non fastidiosi e di paziente comunque a basso rischio tromboembolico anche in caso di conferma di FA parossistica (vedi paragrafo precedente).

**Quando proseguire le indagini:** se il paziente è significativamente sintomatico o a rischio medio/alto per tromboembolismo in caso di FA, è indicato cercare di registrare la possibile aritmia. Oltre all'uso, ovvio, dell'ECG durante crisi, sempre che si abbia il tempo e la possibilità di eseguire l'esame, si può utilizzare un apparecchio Holter o un "loop recorder"\*.

## **Holter**

### Vantaggi

- a) può registrare aritmie non avvertite dal paziente, ma utili per una definizione diagnostica
- b) può fornire indicazioni sull'"innesco" dell'aritmia, utili allo specialista per la scelta del farmaco
- c) può fornire informazioni complementari utili (frequenza cardiaca media, periodi di bradi/tachicardia sinusale, alterazioni suggestive d'ischemia, ecc.)
- d) disponibilità di più derivazioni contemporaneamente.

### Svantaggi:

- a) periodo monitorato relativamente breve (24 o 48 ore)
- b) scomodo per il paziente (generalmente bisogna ricorrere ai servizi ospedalieri, con i tempi e i disagi del caso).

## Loop recorder

### Vantaggi

- a) tempi più lunghi di registrazione (anche 10 giorni)
- b) ottima tollerabilità a causa del minimo ingombro
- c) comodo per il paziente nel caso il medico disponga direttamente dell'apparecchio.

### Svantaggi

- a) necessita della collaborazione del paziente
- b) può registrare solo le aritmie avvertite
- c) scarsa durata del periodo registrato
- d) conseguente possibile perdita di informazioni complementari utili (vedi vantaggi Holter).

## Le nuove tecniche

Pur essendo un problema di pertinenza specialistica può essere utile essere informati, anche per poter rispondere ai quesiti dei pazienti e, eventualmente, consigliare il centro specialistico di riferimento.

**Terapia farmacologica pre-cardioversione elettrica.** Vi sono studi che indicano una maggior percentuale di successi con cardioversione elettrica quando questa procedura è preceduta da somministrazione di farmaci antiaritmici. Questa metodica non è ancora generalizzabile, anche se la sicurezza mostrata da alcune molecole potrà portare a cambiamenti nel prossimo futuro.

**Cardioversione elettrica intracavitaria.** Efficace nel 75%-100% dei casi (contro il 50% circa della cardioversione esterna). Indicata in presenza di

- a. controindicazioni all'anestesia generale (necessaria per alcuni minuti per la cardioversione esterna)
- b. FA resistente alla cardioversione esterna
- c. obesità, malattie polmonari, dilatazione atriale, FA presente da molto tempo.

**Defibrillatori atriali impiantabili.** Vengono presi in considerazione in casi particolari e in centri con

particolare esperienza. Indicazione: frequenti episodi FA sintomatici resistenti o intolleranti alla terapia farmacologica.

**Ablazioni con catetere a radiofrequenza.** Per la FA si tratta ancora di procedure sperimentali. Le possibili indicazioni sono

- a. frequenza cardiaca non controllabile con farmaci (si distrugge il nodo AV e si impianta PM o si “modifica” nodo AV – anche in questo caso necessario comunque PM nel 25% dei casi)
- b. gravi sintomi non controllati da farmaci e necessità interrompere FA o impedire recidive (si creano “incisioni” nell’atrio allo scopo di interrompere il circuito di rientro)
- c. presenza di focus d’origine dell’aritmia identificato da studio elettrofisiologico (situazione molto rara: si distrugge il punto d’origine dell’aritmia).

### **Controllare la propria pratica**

La FA è una patologia frequente, rilevante ed in aumento a causa dell’innalzarsi dell’età media. L’identificazione dei casi e la gestione delle forme croniche e di parte delle recidivanti è affidata in genere direttamente ai MMG.

**Identificare i casi di FA:** per offrire le possibilità di cardioversione e, in caso ciò non fosse possibile, la profilassi delle tromboembolie, è necessario identificare e registrare i casi di FA cronica e recidivante. La prevalenza globale è di circa 2% negli assistiti > 40 anni. Se la prevalenza personale si discosta molto da questo dato, soprattutto se abbiamo molti pazienti anziani, è opportuno rivedere la nostra pratica.

**Assicurare lo standard di cura:** verificare periodicamente

- a. se si sono ricercate le cause della FA
- b. se è stata valutata la possibilità di cardioversione
- c. se il controllo della frequenza cardiaca è buono
- d. se abbiamo impostato correttamente la profilassi antitrombotica. La verifica periodica consente di rimediare ad eventuali “sviste” oltre che di adeguare i provvedimenti ad eventuali cambiamenti nella situazione del paziente.

**Utilizzare mezzi idonei per i controlli periodici:** i dati devono essere registrati in modo accurato e

fruibile con facilità. Il computer con codifica di diagnosi è il mezzo più semplice (bisogna naturalmente ricordare la codifica usata), ma è possibile anche utilizzare le cartelle cartacee se si dispone di un registro per patologia con i nominativi dei pazienti.

