

## **Evidence Based Medicine**

### **La fibrillazione atriale, il tunnel carpale, le fissurazioni anali**

#### *La fibrillazione atriale*

##### **Cos'è la fibrillazione atriale**

Normalmente il cuore batte con regolarità. La centrale che regola i battiti del cuore è situata in una cavità denominata atrio (da qui, poi, la denominazione "atriale" della fibrillazione). Questa centrale attiva ritmicamente la contrazione in sequenza degli atri e dei ventricoli (i ventricoli sono la vera "pompa" premente). Quando la centrale di controllo atriale "impazzisce" il cuore cessa di contrarsi regolarmente e batte in modo totalmente aritmico, cioè in modo caotico. Questa aritmia si chiama fibrillazione atriale. La fibrillazione atriale non è rara, soprattutto dai 60-65 anni in poi. Nelle persone molto anziane può interessare anche una persona su dieci.

##### **Quali disturbi provoca la fibrillazione atriale**

Pur battendo in modo totalmente disordinato a causa della fibrillazione, il cuore può contrarsi solo poche volte in un minuto o, al contrario, moltissime volte. In generale il disturbo è maggiore se il numero dei battiti è molto basso oppure molto alto. In questi casi si può avvertire affaticamento, mancanza di respiro durante gli sforzi e, in casi eccezionali, è possibile perdere conoscenza. Vi sono persone che non hanno questi disturbi, ma avvertono solo un senso di palpitazione (palpitazione= avvertire in modo fastidioso il battito del cuore). Se i battiti cardiaci non sono troppo lenti o troppo veloci è possibile che non si avverta alcun fastidio. In questi casi il medico o lo stesso paziente possono rendersi conto della fibrillazione atriale solo per caso, avvertendo l'irregolarità dei battiti al polso. La fibrillazione atriale può comparire sia in un cuore già ammalato che in un cuore sano. In generale i disturbi saranno tanto maggiori quanto più grave sarà la malattia di base. A volte la fibrillazione atriale scompare senza alcuna terapia, ma, nonostante ciò, attendere senza far nulla non è considerata una buona scelta, perchè intervenire in ritardo può esporre a rischi e rendere più difficili le cure (vedi dopo).

##### **Quali rischi comporta la fibrillazione atriale**

La fibrillazione atriale può provocare due tipi di problemi:

- a) ridurre le capacità del cuore di pompare il sangue e
- b) favorire le embolie cerebrali, cioè il rischio di paralisi (e anche di morte).

Come già accennato nel paragrafo precedente, se il cuore è già ammalato le conseguenze della

fibrillazione atriale sono più rilevanti. In questi casi è possibile che la capacità di pompare il sangue venga gravemente compromessa e che compaia una grave affaticabilità o la mancanza di respiro. Molti studi hanno dimostrato come la fibrillazione atriale comporti un rischio maggiore di embolia cerebrale (si parla di embolia cerebrale quando un piccolo "grumo" di sangue coagulato blocca un'arteria nel cervello, causando quindi un danno alle cellule cerebrali). Il rischio non è però uguale in tutti i casi, ma dipende dalle malattie eventualmente già presenti; per questo motivo la fibrillazione atriale può essere poco pericolosa per un paziente, ma pericolosissima per un altro. Il vostro medico è in grado di calcolare il vostro rischio personale.

### **Cos'è la cardioversione**

Come si è detto prima, in caso di fibrillazione atriale il cuore batte in modo caotico. Il tentativo di ripristinare il ritmo regolare (eliminando la fibrillazione atriale) è denominato "cardioversione". A meno di casi particolari, la cardioversione dovrebbe essere tentata sempre, questo perché avere un cuore che si contrae con regolarità rappresenta un importante vantaggio. Il tentativo di eliminare la fibrillazione atriale può essere effettuato con farmaci (generalmente per flebo) o elettricamente; in quest'ultimo caso è solitamente necessaria una brevissima anestesia. Sono disponibili anche altre tecniche, più sofisticate. Nel caso vi vengano proposte dovrete chiedere le spiegazioni necessarie direttamente al medico che le propone. La cardioversione viene effettuata di regola in ospedale, spesso senza necessità di ricovero.

### **Perché la terapia anticoagulante**

é possibile che il medico vi proponga la terapia con anticoagulanti orali (farmaci che ostacolano la coagulazione del sangue). Lo scopo è quello di rendere più difficile la formazione di "grumi" di sangue coagulato e quindi di rendere meno probabile un'embolia cerebrale. Questa terapia è consigliata sempre per alcune settimane sia prima che dopo la cardioversione (eccezione: se la fibrillazione atriale è comparsa sicuramente da meno di 2-3 giorni gli anticoagulanti non sono necessari). Quando non è possibile eliminare la fibrillazione atriale gli anticoagulanti risultano utili soprattutto nei pazienti con alto rischio di embolie per ridurre la probabilità di paralisi e morte. Se il rischio è invece molto basso l'uso di questi farmaci non è giustificato. Per sapere se gli anticoagulanti sono utili nel vostro caso parlatene con il medico.

### **Farmaci per chi rimane in fibrillazione atriale**

Non sempre è possibile eliminare in modo permanente la fibrillazione atriale. In questi casi possono comunque essere utili alcuni farmaci. Per ridurre il rischio di embolie si utilizzano gli anticoagulanti orali (vedi paragrafo precedente) o, se il pericolo è minore, gli antiaggreganti piastrinici (in genere l'aspirina a basse dosi). Se la fibrillazione atriale persiste, questi farmaci vengono solitamente assunti per tutta la vita. Per evitare che il cuore batta troppo velocemente si possono usare farmaci quali digitale, calcio antagonisti, beta bloccanti. La scelta del tipo di farmaco dipende dalla valutazione che il medico effettua caso per caso. Anche in questo caso, solitamente, la cura dura tutta la vita.

### **Comunicare con il medico**

Se non vi è chiara la natura della vostra malattia o la motivazione della cura ditelo chiaramente al vostro medico. Se avete difficoltà nel seguire i consigli o le prescrizioni fatelo presente senza timore. Se

non siete d'accordo con qualche cosa ditelo: una franca spiegazione è sempre la cosa migliore. Se utilizzate anticoagulanti orali fatevi dare il materiale scritto del caso.

### **Quando avvisare il medico**

Quando notate che fate più fatica a compiere le vostre usuali attività. Quando notate che il cuore ritorna a battere in modo irregolare (solo per chi ha eliminato la fibrillazione atriale con la cardioversione).  
Quando notate la comparsa di nausea o vomito (solo per chi utilizza digitale).

### **Quando contattare urgentemente**

il medico o il 118

Quando compare improvvisamente grave mancanza di respiro o grave debolezza.

Quando compare dolore o peso al torace che non scompare entro pochi minuti.

Quando compare improvvisa debolezza ad un braccio e/o ad una gamba.

Quando compare improvvisa difficoltà di parola.

Quando vi è perdita di conoscenza.

Nota bene: se il medico non è immediatamente raggiungibile telefonicamente chiamare il 118.

## *Il tunnel carpale*

### **Definizione diagnostica**

é una sindrome da compressione del nervo mediano nel tunnel carpale caratterizzata da parestesie delle dita della mano e all'avambraccio, soprattutto notturne. Alcuni ritengono caratteristica la sede dei sintomi corrispondenti alla distribuzione del nervo mediano (pollice, medio, anulare); ma studi più moderni contestano l'accuratezza diagnostica di tale distribuzione. Molti pazienti - in effetti - sono colpiti da parestesie o a tutta la mano o anche confinate alle altre 2 dita.

### **Eziologia e fattori di rischio**

- a. Progressi disturbi della mano: trauma, frattura di Colles, artrosi e artrite.
- b. Cause metaboliche-ormonali: Ipotiroidismo, diabete, iper-paratiroidismo, ipo-calcemia.
- c. Lavori che comportano flesso-estensione dei polsi.

### **Diagnosi**

Il test di Tinel: si percuote il polso nella zona flessoria per stimolare nelle dita della mano parestesie simili a quelle sofferte dai pazienti.

Il test di Phalen: si spingono i polsi l'uno contro l'altro in flessione e in circa 30 secondi si possono provocare le parestesie.

I test sono solo indicativi, ma non molto validati in termini di epidemiologia clinica.

Elettromiografia: questo è l'esame più importante dal punto di vista diagnostico. In particolare sono

diagnostiche una latenza temporale  $>3,7$  millisecondi (msec) per la velocità di conduzione (VDC) sensitiva e una latenza di 4,5 msec per la VDC motoria del nervo mediano.

Il migliore modo per confermare un sospetto è legato alla combinazione "parestesie alle dita della mano +elettromiografica".

### **Terapie non-farmacologiche**

- a. Esistono evidenze di efficacia per un ciclo di 20 sedute di ultrasono-terapia.
- b. Molti autori consigliano l'immobilizzazione -mediante tutore- del polso in estensione nelle ore notturne, per ridurre la sintomatologia.

### **Terapie farmacologiche**

Gli studi controllati hanno dato risultati negativi o assai dubbi per i FANS, per i diuretici e la vitamina B6.

Terapie farmacologiche efficaci:

- a. I cortisonici per os per 4 settimane hanno mostrato una qualche efficacia, ma hanno l'ovvio di effetti collaterali non trascurabili.
- b. Molto interessante sembra la recente dimostrazione dell'efficacia di un'unica infiltrazione di corticosteroidi in prossimità del tunnel carpale.

### **Terapia chirurgica**

Molti Autori ritengono che la chirurgia sia efficace in oltre il 90% dei casi; ma non vi sono ancora chiare evidenze di quale sia il tempo ottimale per la chirurgia e della comparazione con terapie alternative (ultrasuoni e/o infiltrazione con corticosteroidi). Tutti convengono sul fatto che essa sia di elezione nei casi resistenti alle altre terapie efficaci (ultrasuoni; infiltrazioni)

### **Consigli per il paziente con sindrome del tunnel carpale**

- Riposare spesso il polso e la mano
- Alternare lavori che sforzano polso e mano con altri che li lasciano a riposo
- "Stirare" braccia e dita delle mani prima di iniziare il lavoro e nelle pause

Se il dolore compare usando il computer

- Usare poggibraccia
- Usare un sostegno per polso per appoggiare/sollevarlo durante il lavoro
- Aggiustare posizione ed altezza della sedia per ottenere una posizione più confortevole

Se limitare l'estensione dei movimenti è importante, usare una tastiera più piccola.

Se possibile, alternare l'uso della tastiera a quello del mouse.

## *Gestione del paziente con fissurazioni anali*

Le fissurazioni anali, o ragadi, sono lacerazioni della cute del canale anale distale e compaiono in seguito a traumi o episodi ischemici. La cronicizzazione è quasi sempre dovuta a ipertono dello sfintere anale interno e conseguente ischemia. La localizzazione più frequente è posteriore, ma possono presentarsi anche anteriormente. La presenza di più fissurazioni o di fissurazione singola in sede laterale deve far sospettare la coesistenza di altra patologia (malattia di Crohn, colite ulcerosa, tubercolosi, infezione con HIV o sifilide). In assenza di altre malattie le fissurazioni anali sono prive di pericolosità, ma rappresentano un'importante fonte di disagio e dolore per i pazienti.

### **Quali terapie**

Approccio conservativo - da adottarsi sempre. L'uso di fibre che facilitano l'evacuazione e rendono soffici le feci riduce il disagio. I pazienti che utilizzano questo solo approccio hanno una percentuale di guarigione del 40-50%. Per limitare il dolore possono essere utili anche bagni tiepidi.

Dilatatori anali - vengono utilizzati per brevi periodi più volte al giorno: non vi sono prove di efficacia rispetto a trattamento conservativo.

Preparati topici anestetici o cortisonici - da applicarsi più volte al giorno; efficacia dubbia o modesta rispetto a trattamento conservativo.

Applicazione locale di nitroderivati - da applicarsi 2-3 volte al giorno; efficacia provata rispetto a trattamento conservativo.

Iniezione di tossina botulinica nello sfintere anale - efficacia provata rispetto a trattamento conservativo.

Chirurgia - efficacia provata rispetto a trattamento conservativo.

### **Le forme croniche**

Le forme croniche sono evidentemente le più rilevanti, recentemente sono comparsi alcuni studi che modificano il classico approccio chirurgico. Sfortunatamente i dati disponibili non hanno chiarito tutti i punti rilevanti per la gestione clinica.

Nitroderivati: l'ossido nitrico è il mediatore chimico del meccanismo non adrenergico-non colinergico dello sfintere anale interno. L'applicazione locale di nitroderivati aumenta la concentrazione di ossido nitrico e rilassa lo sfintere anale interno. Sono stati studiati gliceril-trinitrato (concentrazioni consigliate 0,3%; dosaggio per applicazione 0,6 mg), nitroglicerina (concentrazione consigliata 0,2%; dosaggio per applicazione 2,4 mg) e, meno estesamente, isosorbide di nitrate (concentrazione consigliata 1%; dosaggio per applicazione 2,5 mg). Mediamente le applicazioni vanno eseguite 2-3 volte al dì per un

periodo che può superare le sei settimane. Gli effetti collaterali sono quelli dei nitroderivati e compaiono frequentemente (fino al 75% dei casi). Per questo motivo e per la compliance non elevatissima l'efficacia del trattamento in comunità è inferiore a quello degli studi randomizzati e può essere stimato intorno al 50%. La comparsa d'incontinenza durante la terapia è estremamente limitata (incontinenza ai gas). É possibile la ricomparsa del problema in circa il 30% dei casi (si può però ripetere il trattamento) In Italia non vi sono in commercio preparati utilizzabili direttamente.

Tossina botulinica: produce gli effetti di una sfinterectomia (denervazione del muscolo) per un periodo generalmente di 3-4 mesi. La tossina (mediamente 20 U) viene iniettata nello sfintere interno; solitamente è sufficiente una sola iniezione, ma il trattamento può essere ripetuto. La guarigione si ottiene in circa il 70-90% dei casi. La comparsa d'incontinenza è estremamente limitata (generalmente ai gas). La ricomparsa della patologia a distanza sembra essere limitata.

Chirurgia: l'unico intervento attualmente consigliato in caso d'ipertono sfinteriale è la sfinterectomia anale laterale che risolve il problema nel 90-95% dei casi. L'incontinenza è più frequente (25% circa ai gas, 3% feci). La ricomparsa delle fissurazioni è possibile in un numero limitato di casi. In caso di ragadi senza ipertono dello sfintere viene proposta una differente tecnica.

## **Cosa fare**

Fase acuta - sempre trattamento conservativo e misure igieniche congrue (lavarsi con prodotti non irritanti, utilizzare acqua e non carta igienica, asciugarsi con tessuti morbidi, ecc.). L'uso di anestetici locali e cortisonici è possibile, ma non particolarmente utile. Teoricamente è proponibile l'uso di nitroderivati, ma l'impossibilità di reperirli facilmente ne rende quasi impraticabile l'uso.

Fase cronica - il paziente deve essere sempre inviato al centro specialistico per la conferma della presenza o meno di spasmo dello sfintere anale (manometria) e per l'eventuale approfondimento diagnostico nei confronti di possibili copatologie. La prima opzione terapeutica è costituita dai nitroderivati topici e dalla tossina botulinica. Fatte salve le preferenze del paziente, i dati disponibili indicano migliori risultati per la tossina botulinica. Coloro che non rispondono a questo trattamento sono candidati alla chirurgia (sfinterectomia anale laterale). Per i pazienti con fissurazione in assenza di ipertono sfinteriale è possibile l'intervento chirurgico.

