

Giuliano Ermini

Area Cardiovascolare SIMG

Lo screening della fibrillazione atriale in Medicina Generale misurando la pressione

La fibrillazione atriale (FA) è il disturbo del ritmo più frequente dopo le aritmie extrasistoliche ed è associata a un significativo aumento di mortalità per eventi ischemici cerebrovascolari e per scompenso cardiaco. Secondo i dati epidemiologici più recenti, la prevalenza media della malattia nella popolazione generale varia dal 1,5 al 2% e oltre, aumentando progressivamente con l'età. I dati della Medicina Generale in Italia nello studio condotto da SIMG e ANMCO mostrano una prevalenza del 2,04% nelle persone con più di 15 anni, superando il 5% negli ultrasessantacinquenni e fino a oltre il 10% in chi ha più di 85 anni, con una incidenza annuale dello 0,25%¹; questo significa che in media ogni medico di medicina generale (MMG) ha circa 20 pazienti con FA e 2-3 nuovi casi di FA all'anno ogni 1000 assistiti. Qualunque sia il tipo di FA (parossistica, persistente e permanente/cronica), il suo evento più temibile, ma potenzialmente evitabile, è il tromboembolismo arterioso e l'ictus cerebrale in modo particolare il cui rischio, a parità di età e di patologie sottostanti, è 5 volte quello di chi è in ritmo sinusale; in una percentuale non trascurabile dei cosiddetti ictus criptogenetici viene riscontrata a posteriori una FA anche di breve durata. Per questo motivo tutte le linee guida sulla gestione della FA^{2,3} indicano come primo indispensabile gradino nell'approccio di quest'aritmia la stratificazione del rischio tromboembolico e l'eventuale conseguente profilassi

antitrombotica, il cui corretto svolgimento con i farmaci adatti è in grado di ridurre sostanzialmente gli eventi cardioembolici (fino a più del 60% negli anziani).

In circa la metà dei casi la FA si presenta in modo discontinuo (FA parossistica o FA persistente se dura più di una settimana), progredendo nel corso del tempo da brevi e rari episodi ad attacchi più lunghi e più frequenti, fino a diventare stabile nella stragrande maggioranza dei pazienti (FA permanente). Da rilevare anche che in circa il 30% dei casi è asintomatica o, come oggi si preferisce dire, silente; in tale evenienza, però, la prognosi potrebbe essere peggiore perché è maggiore il rischio di ictus, dal momento che, senza un riscontro diagnostico certo, non è indicato impostare la profilassi antitrombotica con anticoagulanti orali, gravata di possibili rischi emorragici.

Queste considerazioni stanno alla base della ricerca di manovre e/o di strumenti adatti a rilevare una FA silente o recidivante. Il classico ECG a 12 derivazioni è lo strumento indispensabile per fare diagnosi certa di FA, ma è improponibile farlo a tutti nella comune e attuale organizzazione di un ambulatorio di Medicina Generale, e impostare uno screening di popolazione per migliaia di persone per una patologia che potrebbe non essere rilevata nel momento in cui viene fatto l'ECG è antieconomico. Nella pratica clinica attuale possono venir utilizzati dispositivi diversi (ECG holter, event

recorder, loop recorder esterno o impiantabile) che permettono una differente durata di monitoraggio (fino ad alcuni anni nel loop recorder impiantabile) e la registrazione automatica dell'aritmia o la registrazione attivata dal paziente in caso di sintomi. Tutti questi sistemi essendo gravati da alti costi, spesso non semplici da usare o poco accettati da parte del paziente, sono difficilmente proponibili per uno screening mirato nel setting della Medicina Generale.

Come sanno tutti i MMG, la manovra più semplice, ripetibile e proponibile per rilevare un'aritmia, ma con una bassa specificità (alto numero di falsi positivi) per la diagnosi di FA, è la valutazione del polso; le recenti linee guida europee sulla FA, infatti, propongono la palpazione opportunistica del polso a tutte le persone con più di 65 anni². In Medicina Generale il momento più adeguato per identificare una FA asintomatica, soprattutto nei soggetti più a rischio, è la misurazione della pressione arteriosa, nel corso della quale si può valutare la regolarità del polso. Sono a maggior rischio di FA persone con:

- età > 65 anni;
- ipertensione arteriosa;
- obesità;
- diabete che richieda un trattamento farmacologico;
- ipertrofia ventricolare sinistra o dilatazione dell'atrio sinistro;
- insufficienza cardiaca;

- cardiopatia congenita valvolare o ischemica;
- disfunzione tiroidea (soprattutto tireotossicosi);
- apnee notturne (OSAS);
- BPCO;
- insufficienza renale cronica;
- abuso di alcool (etilismo cronico o acuto) o assunzione di cocaina.

La possibilità del medico di rilevare una FA nel corso della misurazione della pressione arteriosa può essere incrementata dall'uso di sfigmomanometri automatici dotati di algoritmi in grado di rilevare una FA.

Per valutare l'efficacia e l'attendibilità di questi apparecchi, nell'ambito della sezione provinciale della SIMG di Bologna 30 MMG, arruolando 12294 ipertesi con età media di $69,9 \pm 13,4$ anni, hanno fatto il confronto fra le diagnosi di FA registrate nella cartella Millewin in quattro mesi di uso dello sfigmomanometro automatico Microlife Afib, capace di rilevare la FA nel corso di 3 rilevazioni successive in automatico della PA, e le diagnosi di FA registrate nei quattro mesi precedenti, durante i quali la pressione era stata misurata con i tradizionali sfigmomanometri a colonna o aneroidi e il battito cardiaco era rilevato al polso. Con l'uso di

Microlife Afib, nei 4 mesi di confronto, la prevalenza della FA è passata da 0,37% a 0,63% ($P < 0,005$), con un incremento diagnostico del 70%. Per una maggiore sicurezza dei risultati, magari legati a un periodo stagionale, il confronto è stato fatto anche con le diagnosi fatte nei quattro mesi corrispondenti dell'anno precedente, in cui non si usava il Microlife Afib, e con quelle fatte da altri 14 MMG (5776 ipertesi), che nello stesso periodo in esame usavano sfigmomanometri tradizionali; i dati rilevati non hanno evidenziato alcuna differenza statisticamente significativa di diagnosi di FA, né nel confronto con l'analogo quadrimestre dell'anno precedente né nel confronto fra i due quadrimestri oggetto dello studio nel gruppo di controllo dei MMG che non hanno usato il Microlife Afib⁴.

Analoghi studi sono stati fatti nel Regno Unito⁵ e a seguito delle evidenze emerse le linee guida NICE raccomandano la tecnologia Microlife Afib per lo screening della FA durante la misurazione di routine della PA, in sostituzione della tradizionale palpazione del polso⁶.

Anche SIMG nel Piano di aggiornamento integrato per i MMG sulla FA raccomanda l'utilizzo di sfigmomanometri dotati di algoritmo validato per lo screening della FA⁷.

Bibliografia

- 1 Zoni Berisso M, Filippi A, Landolina M, et al. *Frequency, patient characteristics, treatment strategies and resource utilization of atrial fibrillation (from the Italian Survey of Atrial Fibrillation management [ISAF] study)*. Am J Cardiol 2013;111:705-11.
- 2 Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, et al. *Guidelines for the management of atrial fibrillation*. Eur Heart J 2010;31:2369-429.
- 3 Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. *Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke 2011;42:517-84.
- 4 Ermini G, Filippi A, Salera M. *Switching from traditional to automatic sphygmomanometer increases opportunistic detection of atrial fibrillation in hypertensive patients*. BJMP 2013;6:a616.
- 5 <http://www.nice.org.uk/guidance/mtg13/resources/guidance-WatchBP-HomeA-for-opportunistically-detecting-atrial-fibrillation-during-diagnosis-and-monitoring-of-hypertension.pdf>. Pag. 10.
- 6 <http://www.nice.org.uk/guidance/mtg13/resources/guidance-WatchBP-HomeA-for-opportunistically-detecting-atrial-fibrillation-during-diagnosis-and-monitoring-of-hypertension.pdf>. Pag. 3.
- 7 Battigelli D, Brignoli O, Ermini G, et al. *Fibrillazione atriale: un piano di aggiornamento integrato per i medici di medicina generale*. Rivista SIMG 2013;(4):3-9.