

La diagnostica di primo livello in Medicina Generale: un caso clinico di scompenso cardiaco associato a fibrillazione atriale di nuovo riscontro

Silvia Dubini, Massimo Monti

SIMG Varese

Introduzione

La fibrillazione atriale (FA) può insorgere in pazienti con scompenso cardiaco a ridotta o conservata frazione di eiezione: una condizione può esacerbare l'altra avendo le medesime basi fisiopatologiche e gli stessi fattori di rischio^{1,2}. La FA associata a insufficienza cardiaca influisce negativamente e in modo sinergico sulla qualità di vita, la capacità di esercizio e la probabilità di ricovero ospedaliero oltre che costituire un importante fattore di rischio per evento cerebrovascolare³. La POCUS e l'elettrocardiografia (con o senza refertazione specialistica in telemedicina) costituiscono degli strumenti di primaria importanza per la diagnosi precoce e il follow up nel setting della Medicina Generale anche alla luce della recente introduzione della nota AIFA 97^{4,5}.

Presentazione del caso

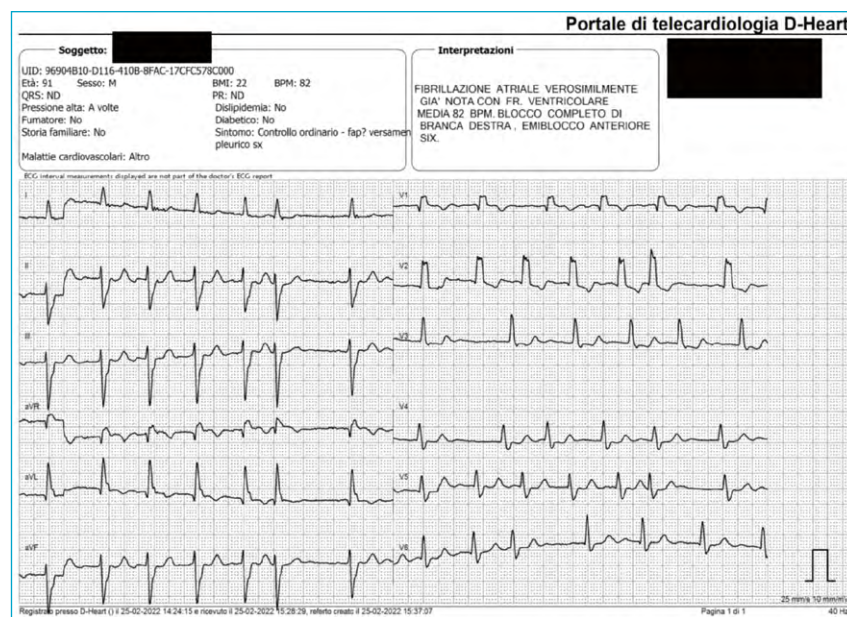
MM è un uomo di 91 anni; in anamnesi ipertensione arteriosa, ipertrofia prostatica, esiti di urotelioma, glaucoma, poliartrosi. Il paziente è scarsamente collaborante e non assume nessuna terapia domiciliare eccetto furosemide in modo saltuario. In data 15/02/2022 esegue ecografia addome completo presso centro diagno-

stico per controllo ordinario e si riscontra un versamento pleurico sinistro confermato alla RX torace e alla TAC torace senza mdc. Non si riscontrano lesioni a finalistiche limitatamente alle metodiche: il collega radiologo propone ricovero in ambiente pneumologico a cui si soprassiede valutata

età e comorbidità in accordo con i familiari. Il paziente viene valutato dal medico di medicina generale (MMG) a domicilio in data 25/02/2022 con riscontro dei seguenti parametri: pressione arteriosa (PA) 180/90, frequenza cardiaca (FC) 82 AR, saturazione non valutabile per vascu-

FIGURA 1.

ECG diagnostico per fibrillazione atriale (elettrocardiografo portatile D-Heart - Dott. Massimo Monti).



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Dubini S, Monti. M. La diagnostica di primo livello in Medicina Generale: un caso clinico di scompenso cardiaco associato a fibrillazione atriale di nuovo riscontro. Rivista SIMG 2022;29(3):36-38.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

FIGURA 2.

Vena cava inferiore, diametro tele-espiratorio e tele-inspiratorio (Archivio Butterfly IQ Dr.ssa Silvia Dubini).

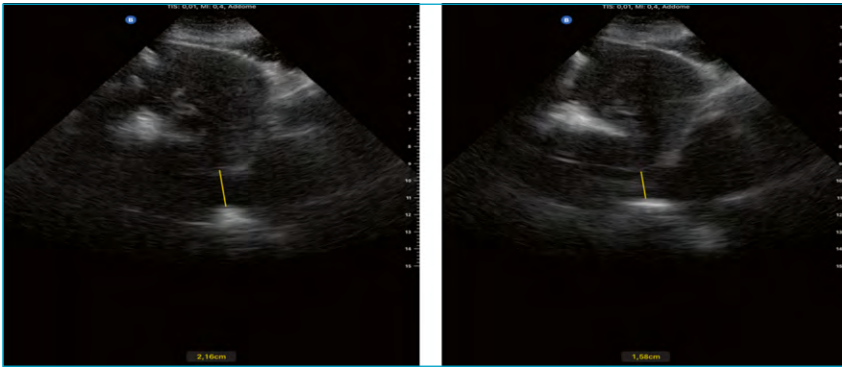


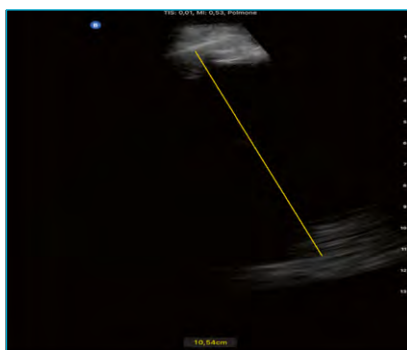
FIGURA 3.

Vene sovraepatiche con diametro periferico > 0,7 cm (Archivio Butterfly IQ Dr.ssa Silvia Dubini).



FIGURA 4.

Versamento pleurico sinistro (Archivio Butterfly IQ Dr.ssa Silvia Dubini).



lopatia periferica. Al torace MV (murmure vescicolare) ridotto ai campi medio basali con ipofonesi plessica a sinistra; toni arit-

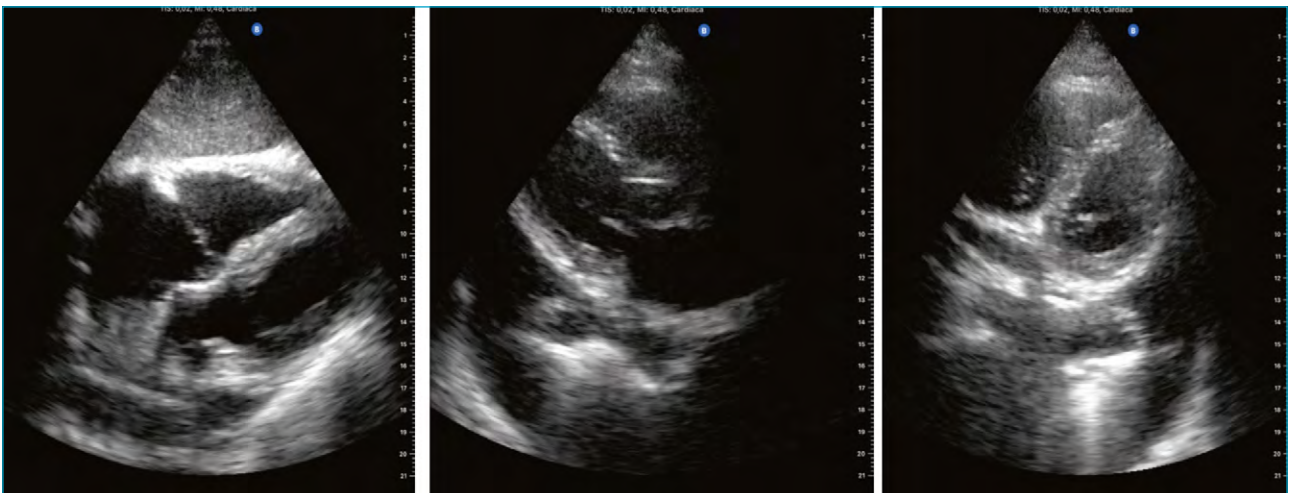
mici; edema pretibiale; addome trattabile. Il paziente ammette dispnea da sforzo e astenia, non presenta tuttavia ortopnea. Si

esegue tracciato ECG tramite strumentazione portatile D-Heart con refertazione in telemedicina che dimostra FA associata a EAS (emiblocco anteriore sinistro) e BBDX (blocco di branca destra) completo (Fig. 1). L'ecografia dimostra una vena cava inferiore con collassabilità ridotta (Fig. 2) [diametro tele-espiratorio 2,16 cm, diametro tele-inspiratorio 1,58 cm, collassabilità calcolata 26%, PVC (pressione venosa centrale) stimata 10-15 mmHg], vene sovraepatiche con diametro > 0,7 cm (Fig. 3) e versamento pleurico sinistro coinvolgente i campi medio-basali (zone 3, 6, 7) (Fig. 4). Non è presente versamento pericardico in proiezione cardiaca sottocostale, parasternale asse lungo e asse corto (Fig. 5).

Valutati gli esami ematochimici di gennaio 2022 si imposta la seguente terapia: furosemide 25 mg a titolare 1 cp ore 8, rami-pril 5 mg 1 cp h 8, apixaban 5 mg 1 cp h 8-20 (per cui si applica nota 97 e si redige piano terapeutico online tramite piattaforma AIFA dedicata). Non si introduce terapia beta-bloccante per presenza di frequenza controllata in doppio blocco di branca. Si richiedono inoltre esami ematochimici a 7-10 giorni comprensivi di elettroliti, peptide natriuretico atriale e funzionalità tiroidea oltre che valutazione specialistica cardiologica con ecocardiografia color-doppler a riposo in priorità breve.

FIGURA 5.

Proiezione cardiaca sottocostale, parasternale asse lungo e asse corto (Archivio Butterfly IQ Dr.ssa Silvia Dubini).



Discussione del caso

Il 57% dei pazienti con insufficienza cardiaca di nuovo riscontro presenta FA e il 37% dei pazienti con FA di primo riscontro presenta insufficienza cardiaca⁶; i fattori di rischio includono diabete mellito, OSAS, fumo di sigaretta, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa e obesità¹. La FA può determinare o peggiorare lo scompenso cardiaco per aumento della frequenza cardiaca, perdita della contrazione atriale, irregolare riempimento ventricolare e cardiomiopatia indotta da tachiaritmia¹. I sintomi possono essere gli stessi dello scompenso cardiaco e includono dispnea da sforzo associata a disfunzione del ventricolo sinistro; la FA parossistica può essere silente o subclinica in pazienti con insufficienza cardiaca² come è avvenuto per il paziente oggetto del caso clinico che

presenta sintomi aspecifici e comuni a molte patologie della fascia geriatrica di area sia cardiologica che pneumologica (palpitazioni, dispnea, debolezza, obnubilamento)⁷. I target terapeutici includono controllo del ritmo e della frequenza, miglioramento dei sintomi con impatto sulla qualità di vita e prevenzione degli eventi cerebrovascolari^{1,8}. L'utilizzo della POCUS e dell'elettrocardiografia forniscono elementi essenziali per l'inquadramento diagnostico e la gestione territoriale di due patologie così complesse e strettamente interconnesse anche con l'implementazione della telemedicina⁹.

Bibliografia

- 1 Carlisle MA, Fudim M, DeVore AD, et al. Heart Failure and Atrial Fibrillation, Like Fire and Fury. *JACC Heart Fail* 2019;7:447-456.
- 2 Farmakis D, Chrysohoou C, Giamouzis G, et al. The management of atrial fibrillation in heart fail-

ure: an expert panel consensus. *Heart Fail Rev* 2021;26:1345-1358.

- 3 Aakre CA, McLeod CJ, Cha SS, et al. Comparison of clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation. *Stroke* 2014;45:426-431.
- 4 Molinari G, Molinari M, Di Biase M et al. Telecardiology and its settings of application: An update. *J Telemed Telecare* 2018;24:373-381.
- 5 Fichera F, d'Ambrosio G, Lagoglio E, et al. La valutazione ecografica in Medicina Generale: ruolo e significato della Point Of Care Ultrasonography (POCUS). *Rivista SIMG* 2020;27(1).
- 6 Anthanakrishnan R, Wang N, Larson MG, et al. atrial fibrillation begets heart failure and vice versa: temporal associations and differences in preserved versus reduced ejection fraction. *Circulation* 2016;133:484-492.
- 7 Porter RS, Kaplan JL, Lynn RB, et al. The Merck Manual Twentieth Edition. MSD 2020.
- 8 Del Zotti F, Gottardi G, Frapporti G, et al. Fibrillazione atriale non valvolare: valutazione del rischio tromboembolico e del trattamento antitrombotico in una popolazione di pazienti in medicina generale. *G Ital Cardiol (Rome)* 2010;11:313-317.
- 9 Ojeda F, Martínez M. Telemedicina, pasado y futuro. *J Healthc Qual Res* 2022 Jan-Feb.

Il punto di vista dello Specialista

Francesco Maria Bovenzi

Direttore Unità di Cardiologia, Ospedale Campo di Marte, Lucca

Questo interessante caso clinico richiama il frequente binomio tra fibrillazione atriale e insufficienza cardiaca nella pratica clinica che espone a un aumento della morbilità e della mortalità. La comparsa di una fibrillazione atriale rappresenta una spia per eterogenee cardiomiopatie sottostanti, per questo la valutazione ecocardiografica morfo-funzionale è fondamentale per il corretto inquadramento diagnostico-terapeutico dei singoli casi. I fattori di rischio che predispongono alla fibrillazione atriale sono gli stessi che portano a scompenso cardiaco. La fibrillazione atriale può complicare lo scompenso cardiaco con svariati meccanismi fisiopatologici: aumento della frequenza cardiaca, perdita della sincronia atrio-ventricolare, l'irregolarità del ritmo ventricolare, riduzione della gittata cardiaca, aumento delle pressioni di riempimento, comparsa di insufficienze valvolari e di negativi riflessi di attivazione neuroormonale, evoluzione verso la fibrosi con inevitabile rimodellamento atriale. Le opzioni

terapeutiche per la gestione di questo binomio includono il controllo del ritmo e della frequenza cardiaca con l'applicazione di opportune scelte anticoagulanti personalizzate. Quando indicate, esistono efficaci opzioni interventistiche che includono l'ablazione con l'isolamento delle vene polmonari. Un'altra strategia in casi particolari potrebbe essere l'ablazione del nodo atrioventricolare con preventivo impianto di un pacemaker. Gran parte delle opzioni farmacologiche disponibili sono di non semplice applicazione, poiché molti farmaci usati per il trattamento antiaritmico della fibrillazione atriale sono controindicati quando è presente disfunzione ventricolare sinistra o in presenza di disturbi della conduzione intraventricolare e atrio-ventricolare, proprio come in questo caso clinico in cui il confronto con gli esami ematochimici prescritti potrà certamente contribuire a ottimizzare le alchimie terapeutiche disponibili che affiancano la fondante e irrinunciabile terapia diuretica opportuna nelle forme di

scompenso cardiaco di tipo congestizio, perché capace di ridurre in breve tempo le pressioni di riempimento (tediastolica e polmonare) e le insufficienze valvolari mitralica e tricuspidalica di frequente riscontro in questi pazienti.

Bibliografia di riferimento

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): the Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J* 2021;42:373-498.

Kirchhof P, Camm AJ, Andreas Goette A, et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2020;383:1305-1316.

Wang TJ, Larson MG, Levy D, et al. Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality. *Circulation* 2003;107:2920-2925.