

1. Introduzione

1.1 Definizione

La fibrillazione atriale (FA) è un'aritmia sopraventricolare caratterizzata dalla perdita da parte degli atri di ogni attività elettrica organizzata: da un punto di vista elettrofisiologico la FA è caratterizzata dall'assenza di una depolarizzazione coordinata del miocardio atriale dovuta alla presenza di onde di depolarizzazione multiple e migranti che attraversano in maniera caotica la superficie degli atri. Ne risulta la scomparsa del ritmo sinusale che viene sostituito da una attività elettrica anomala che causa movimenti vermicolari, emodinamicamente inefficaci, delle pareti atriali.

La FA dà luogo a tre importanti conseguenze:

- l'inefficace contrazione dell'atrio con perdita del contributo atriale al riempimento ventricolare, che risulta particolarmente grave in presenza di una ridotta compliance del ventricolo sinistro;
- l'irregolare stimolazione del nodo atrio-ventricolare con conseguente risposta ventricolare rapida ed irregolare;
- la possibile formazione di trombi in atrio con possibilità di embolizzazione.

1.2 Classificazione

La fibrillazione atriale può essere definita:

- **parossistica**, se l'interruzione spontanea della aritmia avviene entro 7 giorni (generalmente 24-48 ore);
- **persistente**, se l'aritmia non si interrompe spontaneamente ma solo con interventi terapeutici;
- **permanente o cronica**, se il ritmo sinusale non è ripristinabile o si è rinunciato a tentare di ripristinarlo;
- **recidivante**: sia la FA parossistica che la FA persistente possono ripetersi dopo la risoluzione (spontanea o farmacologica) del primo episodio. In tal caso sono dette recidivanti.

Nota: il primo episodio di FA clinicamente evidente (sintomatico o asintomatico) non consente una precisa classificazione essendo imprevedibile la durata dell'episodio e generalmente incerta la sua datazione e la occorrenza di episodi precedenti.

1.3 Epidemiologia

La fibrillazione atriale rappresenta nella pratica clinica la più comune forma di aritmia cardiaca sostenuta; è stato infatti stimato che circa 2,2 milioni di americani ne sono affetti. La sua prevalenza nella popolazione è direttamente correlata all'età potendo variare dallo 0,5% nella fascia di età tra 50 e 59 anni fino al 10% circa nei soggetti di età > 80 anni. Anche l'incidenza aumenta marcatamente con l'aumentare dell'età raddoppiando per ciascuna decade di età a partire dai 50 anni. L'età media dei pazienti è di 75 anni. Gli uomini hanno un rischio di sviluppare FA di circa 1,5 volte superiore alle donne, anche dopo correzione del rischio per età e condizioni patologiche predisponenti.

Una recente indagine condotta sulle cartelle cliniche computerizzate di Medici di Medicina Generale Italiani (4) ha riportato una prevalenza della diagnosi di fibrillazione atriale dell'1.75% in soggetti di età superiore a 40 anni.

1.4 Eziologia

La FA può essere provocata da una serie di patologie o alterazioni organiche, cardiache e non cardiache, che possono dar luogo a trigger aritmici.

“Insufficienza Cardiaca” e Fibrillazione Atriale. Risulta prioritario, innanzitutto, evidenziare l’associazione fra FA e Scompenso Cardiaco (SC). Una associazione nota, frequente e numerosi studi hanno dimostrato come lo SC rappresenti un fattore favorente l’insorgenza della FA e come i pazienti con SC presentano, nel corso della storia clinica, episodi aritmici parossistici o persistenti fino alla stabilizzazione dell’aritmia da FA. (il 30-40 % dei pz con SC in classe III e IV presentano FA). Del resto, una tachiaritmia da FA che insorge in un cuore senza alterazioni della funzione sistolica o diastolica può rappresentare il fattore responsabile di un progressivo deterioramento della funzione ventricolare sx. La FA, pertanto, si colloca sia come causa che come conseguenza dell’insufficienza cardiaca. Risulta fondamentale la valutazione del pz con FA e SC mediante un precoce inquadramento eziologico e fisiopatologico.

Altre cause di FA:

Cardiopatie organiche

Valvulopatie reumatiche e non reumatiche
Malattia coronarica
Cardiopatia Ipertensiva
Miocardiopatie primitive (dilatativa, ipertrofica, restrittiva)
Miocarditi e Pericarditi
Cardiopatie congenite
Neoformazioni cardiache (endocardio, miocardio, pericardio)
Procedure interventistiche e chirurgia cardiovascolare

Malattie del sistema elettrico

Malattia del nodo del seno
Tachicardia atriale, tachicardia giunzionale, flutter atriale
Sindrome da pre-eccitazione ventricolare

Malattie sistemiche

Iper e ipotiroidismo
Tossicosi acute da alcole, droghe, farmaci
Chirurgia non cardiaca
Malattie sistemiche del connettivo
Malattie infiltrative del miocardio (amiloidosi, sarcoidosi, emosiderosi)
Chemio e radioterapia
Sepsi
Malattie infettive e parassitosi con interessamento cardiaco (brucellosi, febbre tifoide etc)

Cause extracardiache

Abnorme stimolazione neurovegetativa
Patologie esofago-gastro-duodenali
Patologie della colecisti e vie biliari
Disjonia

Fibrillazione atriale idiopatica (“lone atrial fibrillation”)
(senza evidente cardiopatia o cause scatenanti)

1.5 Clinica

L'esame clinico dei vari organi ed apparati, preceduto da una accurata e approfondita anamnesi, rappresenta sempre lo strumento medico imprescindibile. Il paziente con FA nota, presunta o sospetta necessita di un approccio clinico appropriato, in base al quale indirizzare il percorso di gestione. Da non tralasciare, in una concezione olistica, la valutazione di alcuni parametri e indicatori molto significativi che possono influenzare il programma diagnostico, le scelte terapeutiche, i follow-up (clinici e strumentali) e le dinamiche assistenziali.

Ci riferiamo a:

- Evidenza clinica di cardiopatia organica e/o di fattori di rischio
- Presenza di comorbidità (BPCO, Insufficienza renale, Epatopatia, Infezioni in atto, emopatie, vasculopatie periferiche, neoplasie, Ipertensione arteriosa, Diabete mellito etc)
- Condizioni sociali, culturali ed economiche (*possono influenzare il percorso di gestione*)
- Stato nutrizionale (*soprattutto nel paziente anziano con riflessi sul deterioramento cardiaco*)
- Disturbi cognitivi, soprattutto nel paziente anziano, connessa alla cardiopatia di base.
- Contesto ambientale (casa, strutture protette) e familiare (*condizionanti il processo assistenziale*)
- Qualità della vita (*da non trascurare dal momento che i pz con FA molto spesso sono cardiopatici cronici, anziani, e con polipatologia*)
- Aderenza ai programmi terapeutici globali (*La FA nel contesto della cardiopatia cronica presuppone una ottimale aderenza non solo alla terapia farmacologia ma anche ai programmi terapeutici globali*)
- Bisogni socio-assistenziali del paziente (*Sanitari e socio-assistenziali*)

L'esame clinico, nelle varie fasi del percorso di gestione (dall'insorgenza ai follow-up) va sempre associato con opportune dinamiche di comunicazione finalizzate alla migliore efficacia degli interventi.

I pazienti con FA e particolarmente nella fase cronica, necessitano di una presa in carico globale da parte del MMG in continuo feed-back con lo Specialista di riferimento (Internista o Cardiologo). In questa ottica gestionale è indispensabile favorire la co-gestione della malattia mediante opportune forme di educazione sanitaria e con l'utilizzo di strumenti idonei (incontri strutturati, opuscoli, manuali, schede, questionari).

Risulta importante dare un ruolo attivo e consapevole al paziente, coinvolgere il personale infermieristico ospedaliero e territoriale e i care-giver.

Dopo questa basilare premessa di Medicina Clinica, passiamo in rassegna la metodologia clinica di approccio al paziente con FA nota, sospetta o presunta, in riferimento alle fasi di insorgenza e/o identificazione dell'aritmia.

Il paziente con FA può presentarsi alla nostra osservazione con varie manifestazioni e possiamo inquadrare l'aritmia in una delle seguenti evenienze:

- FA parossistica presunta
- FA in atto (recente <48h o non databile)
- FA cronica stabile, cronica.

Nel primo caso si può verosimilmente sospettare una fibrillazione atriale parossistica in rapporto alla modalità dell'insorgenza (improvvisa), alla durata (pochi minuti e talvolta persistenza per ore) alla episodicità e alla presenza di peculiari sintomi (cardiopalmi, vertigini, lipotimia, sudorazione, dolori precordiali, dispnea, spossatezza). Particolarmente significativo risulta evidenziare alcuni fattori scatenanti (sforzo fisico, stress

psichici ed emozionali, pasti abbondanti, episodi di diarrea), nonché patologie associate responsabili del trigger aritmico (Ipertensione arteriosa, Malattia coronarica, Insufficienza Cardiaca, Valvulopatie, Distiroidismo, Calcolosi delle vie biliari, Ulcera gastroduodenale, Patologie esofagee). Da non trascurare la verifica dell'uso di farmaci tachicardizzanti e/o proaritmici.

Sul piano clinico l'esame sarà indirizzato verso la ricerca di alterazioni organiche cardiache ed extracardiache presumibilmente responsabili dell'aritmia. In rapporto a quanto rilevato sarà opportuno ECG, esami di laboratorio di routine e segnatamente quelli di funzionalità tiroidea. La registrazione e quindi la dimostrazione dell'aritmia è legata, spesso, al loop recorder. Altri esami strumentali (ecocardiogramma, Holter ecg) saranno indicati in rapporto ai risultati dell'esame clinico. La consulenza programmata con lo specialista è raccomandata per la definizione conclusiva, diagnostica e terapeutica di intesa con il Medico di Medicina Generale.

Nella seconda evenienza già l'esame clinico e segnatamente l'auscultazione del cuore può far porre diagnosi di FA. L'insorgenza dell'aritmia entro le ultime 48 ore rende indicata e appropriata l'ospedalizzazione del paziente per l'inquadramento generale del paziente e particolarmente per il precoce ripristino del ritmo sinusale. L'ospedalizzazione del pz non esclude l'accurata storia anamnestica e l'esame clinico generale, allo scopo, anche, di evidenziare instabilità emodinamica ed eventuali interventi urgenti da parte del medico che osserva il paziente.

Nel caso in cui il rilievo clinico della FA non è supportata dalla data di insorgenza, l'indicazione al ricovero ospedaliero è suggerita dalla presenza di instabilità emodinamica, dalla possibile insorgenza di essa e dalla presenza di importanti comorbidità.

Il ricovero ospedaliero sarà indirizzato all'inquadramento generale del paziente.

Quando non sussistono elementi che indicano il ricovero ospedaliero urgente, vale il percorso anamnestico/clinico ragionato. In questi casi, la consulenza specialistica, clinica e strumentale riveste particolare importanza per la definizione diagnostica e terapeutica. L'elettrocardiogramma basale, l'ecocardiogramma, le analisi specifiche di laboratorio rappresentano gli esami basilari e imprescindibili.

La FA atriale cronica, associata sempre ad una patologia organica, comporta il controllo clinico e strumentale della malattia di base. Segnatamente è fondamentale verificare e controllare la frequenza cardiaca (<70'), il compenso emodinamico, le patologie concomitanti, l'aderenza alla terapia, gli effetti collaterali dei farmaci unitamente a tutti i parametri socioassistenziali. L'appropriatezza dei controlli strumentali (ECG basale, Ecocardiogramma, etc) sarà suggerita dalla patologia di base.