Screening della fibrillazione atriale silente: opportunità e limiti

Data 16 febbraio 2020
Categoria cardiovascolare

Lo screening può essere utile per individuare casi di FA altrimenti inosservati e ridurre l'incidenza di ictus cardio-embolico ma attualmente mancano studi per stabilire l'effettivo rapporto rischio beneficio.

Una review si propone di offrire un riepilogo degli argomenti a favore e contro lo screening sistematico della popolazione.
Il razionale si basa sull'ipotesi che esista una percentuale di pazienti con FA non diagnosticata (stimata intorno al 15%), il 75% dei quali sarebbero eleggibili per la terapia anticoagulante.
Una revisione sistematica dello screening nella popolazione generale basato su palpazione del polso o ECG, ha riscontrato che l'incidenza di FA precedentemente non diagnosticata era 1,4% negli adulti di oltre 65 anni.
Nello studio ASSERT, condotto su 2455 pazienti over 65, ipertesi ma senza storia di FA, portatori di pace maker o ICD, 18,8% avevano brevi episodi asintomatici mentre l'11% avevano episodi di oltre 24 ore.

Rischio di stroke nei pazienti con FA asintomatica
Una recente meta-analisi non ha rilevato differenze significative in termini di mortalità tra i pazienti con FA sintomatica e asintomatica.
Uno studio di coorte di 5555 pazienti condotto in UK ha invece rilevato che la FA asintomatica è associata con un aumentato rischio di mortalità generale o ictus rispetto alla popolazione non fibrillante.
Nell'ASSERT, nei pazienti con FA silente, il rischio trombo-embolico era 2,5 volte maggiore rispetto ai pazienti non affettidall'aritmia.
I fibrillanti asintomatici hanno dunque un rischio di stroke e mortalità maggiore dei non fibrillanti.
Non è peraltro noto se ciò vale anche per i pazienti screenati nella popolazione generale.

Relazione tra burden di FA e rischio di stroke
Il burden ("carico") di fibrillazione atriale si riferisce soprattutto alla proporzione di tempo in cui il paziente è aritmico e sembra importante per la predizione del rischio di ictus. Tuttavia, questo parametro non è incluso in punteggi quali il CHA2DS2VASc.
Nello studio ASSERT, soggetti con FA silente di durata oltre 24 ore hanno presentato un aumento significativo del rischio di stroke rispetto ai pazienti non fibrillanti (HR 3,24), mentre i pazienti con FA asintomatica durata meno di 24 ore non erano a rischio aumentato.
Secondo gli autori della review, applicando le linee guida attuali alla FA diagnosticata con lo screening esteso (pacemaker, ICD, sensori, smartphone), anche i pazienti con un carico di FA molto basso sarebbero candidati alla terapia anticoagulante.
In queste circostanze, il rischio di sanguinamento potrebbe essere più alto della riduzione del rischio di ictus cardio-embolico.
In pazienti con ritmo sinusale e malattia aterosclerotica stabile, la somministrazione di rivaroxaban 2,5 mg 2 volte/die e aspirina 100 mg 1 volta/die ha ridotto significativamente il rischio di ictus ischemico rispetto all'aspirina da sola, aumentando tuttavia il rischio emorragico.
Questo suggerisce che **i pazienti con un alto CHA2DS2VASc score hanno un rischio di ictus importante indipendentemente dalla presenza di FA.**

FA e rischio di demenza
I pazienti con FA hanno una maggior probabilità di sviluppare lesioni cerebrovascolari clinicamente silenti, quali infarti non corticali, micro-sanguinamenti e lesioni della sostanza bianca.
Tali lesioni sembrano essere comuni nei pazienti con FA, indipendentemente dalla tipologia (parossistica o persistente).
Un recente studio di coorte coreano, su 10435 pazienti con diagnosi di FA, ha dimostrato che l'aritmia è associata a un maggior rischio di declino cognitivo, anche in pazienti senza storia di stroke e dopo aggiustamento per altri fattori di rischio. La terapia anticoagulante si associava a riduzione del 39% del rischio di demenza.
L'associazione tra infarti silenti, FA e demenza non è peraltro definitivamente dimostrata.

Rischio di FA e strumenti di screening
Modelli di rischio basati su caratteristiche individuali, anamnesi o biomarcatori ematici possono essere utili nell'identificazione dei pazienti con un rischio di FA sufficientemente alto da porre indicazione allo screening, riducendo così il NNS (numero di pazienti da screenare).
Punteggi quali il CHA2DS2VASc, comunemente usati per stimare il rischio di ictus in pazienti con FA, sono anche in grado di predire il rischio di FA in pazienti con ritmo sinusale.
Potrebbero dunque essere usati per individuare i pazienti a maggior probabilità sia di avere FA durante lo screening, sia di beneficiare della relativa terapia anticoagulante.
Le nuove tecnologie offrono al paziente la possibilità di auto-monitorarsi e registrare il proprio ritmo cardiaco all'insorgenza dei sintomi, ad esempio attraverso i misuratori di pressione automatici.
I patch ECG offrono invece un'alternativa agli Holter e ai loop recorder, mentre smartphone, orologi e sensori Fitbit sono ormai quasi ubiquitari .

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 8:57 | Pagina 1 di 2

Svantaggi e limiti dello screening
In primis, uno screening a livello di popolazione può portare all'aumento dei falsi positivi.
E' stato calcolato che, pur con una specificità del 95%, circa 50.000 pazienti per milione risulterebbero **falsamente positivi** per FA.
Inoltre, ogni nuovo programma di screening su scala nazionale avrebbe un costo significativo in termini di infrastrutture, dispositivi e terapie. Tale spesa potrebbe invece essere destinata al miglioramento dell'attuale gestione del paziente con FA: alti valori di CHA2DS2VASc correlano inversamente con la loro effettiva prescrizione.
I trial più recenti,che utilizzano le nuove tecnologie, tendono a reclutare pazienti prevalentemente giovani e sono perciò soggetti al bias di selezione e a sottostimare la prevalenza dell'aritmia.
Gli studi condotti ad oggi si sono inoltre focalizzati sulla rilevazione della FA e pochi hanno valutato gli outcome a lungo termine della popolazione.
Ulteriori studi sono in corso per stabilire il rapporto rischio-beneficio della terapia anticoagulante nelle persone con FA diagnosticata allo screening rispetto ai pazienti sintomatici.

Conclusioni
La FA subclinica rappresenta un problema di salute comune, importante e in espansione.
Al momento peraltro non esistono prove certe che i pazienti risultati fibrillanti allo screening hanno lo stesso rischio dei sintomatici e che il trattamento anticoagulante apporti lo stesso beneficio.
Non è dimostrato nemmeno che lo screening migliori gli esiti clinici.
E'invece sicuro che i pazienti con FA clinica sono sotto-trattati.

Inpratica
Il MMG deve prepararsi alla possibilità di gestire la relazione con pazienti che, confidando eccessivamente nelle diagnosi "fai da te" e nell'auto-monitoraggio, sempre più spesso gli sottoporranno dati sulla FA ottenuti con diversi dispositivi. Il rischio è di essere travolti da una enorme massa di informazioni e da nuove responsabilità, in un contesto di maggiore incertezza e confusione.
In attesa di nuovi score validati per stratificare il rischio di ictus, in particolare per stabilire l'entità sia del burden di FA sia del rischio cardiovascolare, compito fondamentale del curante rimane quello di effettuare un'adeguata anticoagulazione nei soggetti con FA clinica.

Gaia Lanforti e Giampaolo Collecchia

Bibliografia

(1) Nicholas R. Jones NR et al. Screening for atrial fibrillation: a call for evidence. European Heart Journal 2019; 0: 1-11
(2) http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7228
(3) Collecchia G. La fibrillazione atriale e l'orologio sentinella. Recenti Prog Med 2019; 110: 521-23
(4) http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=7077