La fibrillazione atriale sfugge al GP inglese

Data 11 novembre 2008
Categoria cardiovascolare

Il medico di medicina generale inglese non rileva con sufficiente accuratezza la fibrillazione atriale.

La fibrillazione atriale (FA) si associa ad un aumentato rischio di ictus. Due studi inglesi hanno valutato diversi metodi per identificare la fibrillazione atriale nei pazienti anziani.
Con il primo studio, caso-controllo, i ricercatori dell' University of Birmingham coordinati dal David Fitzmaurice, hanno indagato se lo screening migliorasse il detection rate della FA e hanno comparatolo screening sistematico con quello opportunistico. Sono stati reclutati 14.802 pazienti di almeno 65 anni di età presso 50 practices inglesi che sono stati randomizzati a ricevere o non ricevere un intervento di screening. Nell'ambito del gruppo randomizzato all'intervento di screening i pazienti sono stati ulteriormente randomizzati ad uno screeng sistematico mediante ECG o ad uno screening opportunistico, ossia all'effettuazione della valutazione del polso e all'effettuazione dell'ECG nei soli soggetti con disturbi del ritmo. La ricerca si è protratta per oltre 12 mesi da ottobre 2001 a febbraio 2003.
La scoperta di nuovi casi di FA è stata significativamente maggiore nel gruppo sottoposto a screening rispetto a quello di controllo: 1.63% di nuovi casi all'anno nei pazienti del primo gruppo e 1.04% di nuovi casi nel gruppo di controllo (differenza 0.59%, 95% confidence interval da 0.20% a 0.98%).
I due tipi di screening hanno riscontrato la FA in una proporzione di pazienti molto simile: 1.62% con lo screening sistematico vs 1.64% con quello opportunistico, differenza 0.02%, CL da –0.5% a 0.5%. Quindi entrambi i metodi si sono dimostrati efficaci nell'identificare i casi di FA e dunque la metodica preferibile è quella opportunistica.

Lo studio dell' University of Birmingham, ha paragonato l'accuratezza nella diagnosi di fibrillazione atriale dell'ECG a seconda se fosse letto dal medico di famiglia o da un software specifico.
Sono stati valutati 2.595 pazienti ambulatoriali. I medici di medicina generale hanno individuato la FA in 79 casi su 99 attraverso l'elettrocardiogramma (sensibilità 80%, 95% confidence interval 71% to 87%) e hanno sbagliato 114 casi su 1.355 di ritmo del seno e FA (specificità 92%, da 90% a 93%). Le infermiere professionali hanno individuato una simile proporzione di casi di FA (sensibilità 77%, 67% to 85%), ma con una minore specificità (85%, 83% to 87%).
L'interpretazione del software è stata molto più accurata, con una specificità del 99%, ma non è riuscito a rilevare 36 su 215 casi di FA (sensibilità 83%).
Combinando i risultati ottenuti dai medici di medicina generale e quelli del software specifico si è ottenuta una sensibilità del 92% e una specificità del 91%.
In conclusione gli Autori dello studio suggeriscono che la lettura dell'ECG al fine di diagnosticare la FA dovrebbe essere riservata a personale esperto, dal momento che il medico di famiglia, anche con l'aiuto di software dedicati, non raggiunge, sempre secondo gli autori, l'accuratezza "appropriata".

Fonti:

1) BMJ 2007;335:383
2) BMJ 2007;335:380

Commento di Luca Puccetti

Quando si valuta uno screening occorre porre attenzione non solo al risultato raggiunto, ma anche agli sforzi e costi profusi e agli effetti nocivi del programma di screening. Tra gli effetti noivi c'è ad esempio infondere inutili preoccupazioni ed esporre i pazienti a sovratrattamenti o a trattamenti inappropriati e rischiosi.

Il primo studio dimostra che in un setting di cure primarie lo screening aumenta la capacità di diagnosticare la FA rispetto al gruppo di controllo. Questo dimostra che in molti casi la FA è ASINTOMATICA o PAUCISINTOMATICA. Ciò è tanto più vero quanto più il ritmo non è molto frequente e la funzione ventricolare sinistra sia preservata. In tal caso infatti la mancanza del "calcio atriale" e l'assenza dell'effetto emodinamico negativo della tachicardia non inficiano in misura grave la capacità di pompa. Dunque poiché lo screening opportunistico ha dato risultati simili a quello universalistico, è ovvio che il primo sia da preferire per i minori costi e per i minori effetti negativi. Tuttavia a ben vedere lo studio mette a confronto 2 screening universalistici. Infatti il protocollo introduceva l'obbligo dell'esame del polso che non sempre viene rilevato durante una visita medica. Essendo inoltre lo studio riferito alla realtà della medicina generale, sia pure in un contesto diverso, come quello inglese, occorre ricordare che molti contatti non sono per motivi strettamente medici pertanto non sempre al paziente viene rilevato il polso. Dunque, al di là delle definizioni, il primo studio segnala l'importanza di valutare sistematicamente il polso agli anziani e di ad avviare all' ECG i casi con turbe del ritmo.
Qui si inserisce il secondo studio che evidenzia che anche mediante l'impiego di sistemi assititi il MMG inglese non riesce a diagnosticare, nella valutazione degli autori, con "sufficiente" accuratezza la FA. In base ai risultati di tale studio emerge la necessità di un training ad hoc. I risultati non appaiono tuttavia affatto disprezzabili, come dimostra Renato Rossi nel suo commento ed il rischio di trattare con TAO inappropriata un paziente è abbastanza remoto e così pure

quello di "mancare" la diagnosi di FA.
Oltre ai classici corsi di formazione residenziali un modello interessante potrebbe essere quello di una formazione sul campo con la possibilità di inviare telematicamente il tracciato ad un Centro di secondo livello che possa aiutare il training sia mediante risposte on demand in casi dubbi, sia mediante una sorta di valutazione random periodica. Ovviamente il programma di training dovrebbe essere adeguatamente incentivato. Alla fine manca comunque un importante anello ossia la dimostrazione che lo screening opportunistico sia implementabile nella realtà clinica routinaria e che lo sia anche il training (valutazione di processo) e quali esiti questi programmi diano sul detection rate di FA, ma soprattutto quali effetti inducano sugli eventi clinicamente rilevanti, ossia sugli ictus.

Commento di Renato Rossi

Il primo studio era già stato recensito da questa testata e si rimanda alla pillola relativa per un ulteriore commento .
Per quanto riguarda il secondo studio l'opinione di chi scrive è che i risultati ottenuti dai medici di famiglia non siano per nulla disprezzabili. Secondo i dati dello studio il medico di famiglia se usa un software ad hoc ha una sensibilità del 92% nell'individuare all'ECG una fibrillazione atriale e una specificità del 91%. Si consideri per esempio che il PSA (usando il cut-off generalmente accettato nella pratica di 4 ng/mL) ha una sensibilità del 71% e una specificità del 50%. Il dosaggio degli anticorpi anticitrullina ha una sensibilità del 65% e una specificità del 95% per la diagnosi di artrite reumatoide. Quello che conta di più però è l' **overallaccuracy** , cioè quante volte il medico di famiglia pone una diagnosi corretta ogni 100 ECG. Per il calcolo è necessario sapere la prevalenza della fibrillazione atriale: secondo i dati del primo studio essa è di circa 1,5-1,6 nuovi casi ogni anno nella popolazione over 65 anni. In altri termini su 1000 pazienti over 65 anni circa 15 andranno incontro ogni anno a fibrillazione atriale. Applicando la sensibilità del 92% su questi 15 pazienti il medico di famiglia ne scopre circa 14; applicando invece la specificità del 91% ai 985 pazienti sani il medico ne individua correttamente 896 mentre diagnosticherà erroneamente una fibrillazione atriale in 89. In questo caso gran danno non ci sarà in quanto una rivalutazione cardiologica dimostrerà l'errore e al massimo si sarà richiesta qualche consulenza in più. Al contrario, quello che potrebbe preoccupare è il caso perso perchè in questa evenienza il paziente ha una fibrillazione atriale ma il medico non se ne accorge e quindi non lo mette in trattamente profilattico per l'ictus. Si tratta però di 1-2 casi ogni 1000 pazienti esaminati all'anno, una percentuale di diagnosi mancata che non sembra inaccettabile. L'overall accuracy del medico di famiglia nella lettura dell'ECG è del 91% e si ottiene sommando insieme i veri positivi e i veri negativi. Insomma ogni 100 ECG il medico di famiglia restituisce una risposta corretta in 91 casi. Tanto per avere un termine di paragone si pensi che l'overall accuracy di un radiologo nella lettura di una mammografia è del 91,7% e se la letterura è assistita dal computer il valore scende all'87,1%.
Lo studio non ci dice quanto sarebbe stata l' overall accuracy di uno specialista. Sicuramente il cardiologo, più aduso alla lettura sistematica dell'ECG, ottiene una performace superiore: ma di quanto? E il vantaggio ottenuto in temini di riduzione delle diagnosi mancate che costo avrebbe? Sarebbe un costo accettabile da giustificare uno screening ECG specialistico per tutti gli over 65? E, soprattutto, tenuto conto che non tutti i pazienti con fibrillazione atriale non trattati vanno incontro ad ictus, quanti eventi cerebrovascolari eviterebbe uno screening specialistico rispetto a quello effettuato dal medico di famiglia? Solo se si avesse una risposta puntuale a questa domanda si potrebbe decidere quale delle due strategie sia più costo/efficace.
Da ultimo vi è da considerare che se si istruisce appropriatamente il medico di famiglia all'uso ed alla lettura dell'ECG i risultati migliorerebbero ulteriormente, come suggerisce nel suo commento Luca Puccetti.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3483
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3353

Contenuto adattato per gentile concessione di FCEnews, la medicina online [url]http://www.fcenews.it[/url].