

LAVORO ORIGINALE

Patente di guida e fibrillazione atriale

Paolo Alboni,¹ Mauro Martini,²
Federico Pacchioni,¹ Rosa Maria Gaudio³

G Ital Aritmol Cardioslim 2003;4:196-198

¹Unità Operativa di Cardiologia e Centro Aritmologico, Ospedale Civile, Cento (FE)

²Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda USL di Ferrara

³Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università di Ferrara

La fibrillazione atriale (FA) è una tachiaritmia sopra ventricolare caratterizzata da un'attivazione atriale desincronizzata, cioè irregolare, con conseguente compromissione dell'attività meccanica degli atri. Nell'elettrocardiogramma (ECG) è caratterizzata da: 1) assenza delle onde P, sostituite da deflessioni irregolari e variabili in ampiezza e morfologia; 2) irregolarità dei complessi QRS con frequenza ventricolare media generalmente elevata. Nella FA la risposta ventricolare dipende dalla capacità conduttiva del nodo atrioventricolare (AV); tanto più questa è elevata, tanto più la frequenza ventricolare è alta.

Sono state proposte svariate *classificazioni* della FA e nessuna di queste può essere considerata esaustiva. Quella più utilizzata suddivide la FA in *parossistica*, caratterizzata da accessi tachiaritmici che insorgono improvvisamente e recedono spontaneamente entro alcune ore o giorni; il numero di tali accessi è estremamente variabile da soggetto a soggetto. Quando il ripristino del ritmo sinusale è indotto da un intervento farmacologico o dalla cardioversione elettrica, la FA viene definita *persistente*. Una FA di lunga durata viene invece definita *permanente o cronica*; non vi è accordo sulla durata minima (generalmente oltre un mese).

La prevalenza della fibrillazione atriale è dello 0,5-1% nella popolazione adulta; è relativamente bassa nei soggetti giovani e aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età. Le principali implicazioni della FA sono di tipo emodinamico e tromboembolico. I fattori che contribuiscono principalmente a peggiorare il quadro emodinamico sono: 1) la perdita della contrattilità atriale associata a rigidità delle pareti, che comporta una difficoltà di svuotamento con conseguente aumento delle pressioni in atrio sinistro e a monte, cioè nel circolo polmonare¹ e 2) l'irregolarità, oltre all'alta frequenza cardiaca, del ritmo ventricolare che riduce la portata circolatoria. Le conseguenze emodinamiche della FA si traducono in termini clinici in un peggioramento della qualità di vita e in un aumento della mortalità cardiovascolare.^{2,3} L'altra importante implicazione della FA è rappresentata dalle tromboembolie. Infatti la stasi che si verifica a livello atriale favorisce la formazione di trombi, prevalentemente nell'atrio sinistro, con conseguente possibilità di embolie sistemiche. La FA può essere in rapporto ad affezioni acute (infarto miocardico, miocardite, ecc.), ma molto più frequentemente si associa ad affezioni cardiache croniche quali

TABELLA I Pazienti con fibrillazione atriale (FA). Idoneità alle categorie A e B

• Pz con FA, con o senza cardiopatia organica, in assenza di complicanze (scompenso cardiaco, embolie, sincope)		Idoneità
• Pz con FA e sincope	in rapporto a manifestazioni ipocinetiche in rapporto alla tachiaritmia per sé	Idoneità dopo impianto di stimolatore Idoneità dopo adeguata terapia antiaritmica
• Pz con FA ed episodi di scompenso cardiaco	classi NYHA I, II, III classe NYHA IV	Idoneità con revisioni periodiche Non idoneità
• Pz con episodi embolici	non invalidanti invalidanti (ad es. ictus cerebrale)	Idoneità dopo adeguata terapia antitrombotica Idoneità in base all'entità dell'invalidità permanente

la cardiopatia ipertensiva, la cardiopatia ischemica, la miocardiopatia dilatativa o ipertrofica, cardiopatie congenite, valvulopatie. Può essere in rapporto anche a patologie extracardiache quali l'ipertiroidismo o affezioni cerebrali di varia natura. La FA può essere riscontrata anche in assenza di affezioni cardiache o extracardiache; in tal caso viene definita "idiopatica". Tale tipo di FA è tutt'altro che rara, caratterizzando circa il 40% delle forme parossistiche e il 20% di quelle croniche.⁴ La FA idiopatica ha una prognosi benigna e una bassa incidenza di tromboembolie, soprattutto nei soggetti di età <65 anni. Nei pazienti con sottostante cardiopatia l'incidenza di embolia è invece piuttosto elevata, mediamente del 5% per anno e nell'80% dei casi interessa il distretto cerebrale (TIA o ictus). I sintomi che si possono rilevare in un paziente con FA dipendono – oltre che da una diversa sensibilità individuale alle accelerazioni del ritmo cardiaco – dalla presenza e dalla gravità della cardiopatia sottostante e dalle caratteristiche dell'aritmia stessa, in particolare l'elevata frequenza cardiaca. Il sintomo più frequente è il cardiopalmo, presente nell'80% circa dei pazienti con FA parossistica e nel 50% con FA cronica. La dispnea è presente in circa il 20% dei pazienti con FA parossistica e nel 50% di quelli con FA cronica. Più rari il dolore precordiale e la sincope o la presincope, queste ultime più frequenti nella FA parossistica (15% circa). Sfortunatamente sincope e presincope sono state sempre riportate assieme^{4,5} e non conosciamo la reale prevalenza della sincope, che appare tuttavia bassa. Il 40% circa dei pazienti

con FA cronica e il 30% di quelli con FA parossistica soffrono di episodi di scompenso cardiocircolatorio.⁴

Gli accertamenti che devono essere eseguiti in un paziente con FA sono finalizzati a indagare la presenza e la gravità di un'eventuale cardiopatia e pertanto l'ecocardiogramma ed eventualmente l'Rx torace e il test da sforzo se si sospetta una cardiopatia ischemica. Se vi sono segni o sintomi suggestivi di una frequenza cardiaca non controllata è indicato l'Holter 24 ore. Accertamenti invasivi possono essere indicati per meglio definire la cardiopatia sottostante.

Per quanto riguarda la valutazione dell'idoneità alla guida di motoveicoli nei pazienti con FA, va rilevato che non è stato condotto al momento alcuno studio finalizzato a definire l'incidenza di incidenti stradali in tali pazienti; bisogna pertanto basarsi sulle conoscenze cliniche e sul buon senso.⁷⁻⁹ I parametri su cui basarsi sono principalmente la presenza o meno di cardiopatia, il controllo terapeutico di quest'ultima e della frequenza ventricolare e soprattutto l'eventuale comparsa di complicanze rappresentate dallo *scompenso cardiaco*, dalla *sincope* e dalle *tromboembolie*.

I criteri di idoneità alle categorie A e B sono riportati nella Tabella I. I pazienti con FA, con o senza cardiopatia, in assenza delle sopracitate complicanze, possono essere ritenuti idonei.

In caso di *scompenso cardiaco* con dispnea presente anche a riposo (classe NYHA IV) deve essere proscritta al paziente la guida dell'auto. Quest'ultima può essere ripresa se un'adeguata terapia riduce la classe NYHA

migliorando i sintomi; devono essere eseguite, tuttavia, revisioni periodiche (orientativamente 2 anni per classi NYHA I e II).

Il problema è più controverso nei rari casi in cui la FA è responsabile di *episodi sincopali*. Se questi, sulla base dei dati offerti da un adeguato monitoraggio ECG, sono attribuibili a pause cardiache in rapporto a una concomitante patologia del nodo AV, si deve impiantare uno stimolatore cardiaco e con tale protesi il paziente può riprendere la guida. La sincope non in rapporto a manifestazioni ipocinetiche, che si osserva generalmente all'inizio di un accesso di FA, sembra avere una duplice genesi:⁶ cardiaca, in quanto innescata dalla tachiaritmia, e neuromediata (vasovagale), per attivazione di un riflesso abnorme facilitato verosimilmente dalla diminuzione del riempimento ventricolare e/o dall'aumento delle pressioni atriali. In tale evenienza deve essere prescritta al paziente una terapia antiaritmica profilattica con farmaci quali la flecainide, il propafenone, il sotalolo o l'amiodarone che hanno il duplice scopo di ridurre le recidive tachiaritmiche e di rallentare la frequenza cardiaca in caso di recidiva. Sfortunatamente non è mai stato indagato in modo sistematico il comportamento della sincope dopo terapia antiaritmica profilattica. Sulla base del buon senso appare opportuno sconsigliare la guida temporaneamente qualora la sincope sia insorta improvvisamente, non preceduta cioè da prodromi. Se invece questi ultimi sono presenti e il paziente ha pertanto la possibilità di controllare il veicolo prima della perdita di coscienza, non appare opportuno precludere la guida dell'auto, una volta iniziata un'adeguata terapia antiaritmica.

Per quanto riguarda l'ultima delle complicanze, e cioè l'*ictus cerebrale*, le possibilità di guida dipendono dall'entità dell'invalidità fisica residua del paziente e si rimanda per questo aspetto a una trattazione specifica.

I criteri di idoneità alle categorie C, D ed E sono riportati nella Tabella II. Ai pazienti con FA idiopatica o con cardiopatia lieve, con frequenza cardiaca control-

lata, in assenza delle complicanze sopracitate e di manifestazioni ipocinetiche rilevanti, dovrebbe essere concessa l'idoneità, tuttavia con revisioni periodiche. La presenza di una cardiopatia conclamata o di qualsiasi complicanza non consente l'idoneità alla guida.

In conclusione, un'accurata valutazione clinica, eventualmente corredata da indagini strumentali, è in grado di garantire alla gran parte dei soggetti affetti da FA, opportunamente selezionati in base alla categoria richiesta, la possibilità di guida.

Bibliografia

1. Alboni P, Scarfò S, Fucà G, et al. Hemodynamics of paroxysmal atrial fibrillation. *PACE* 1995;18:980-985
2. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Coronary heart disease and atrial fibrillation: the Framingham study. *Am Heart J* 1983;106:389-396.
3. Ganiats TG, Browner DK, Dittrich HC. Comparison of quality of well-being scale and NYHA functional status classification in patients with atrial fibrillation. *Am Heart J* 1998;135:819-824.
4. Levy S, Maarek M, Coumel P, et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France. The ALFA study. *Circulation* 1999;99:3028-3035.
5. Kerr C, Boone J, Connolly S, et al. Follow-up of atrial fibrillation: the initial experience of the Canadian Registry of Atrial Fibrillation. *Eur Heart J (suppl C)* 1996;17:48-51.
6. Brignole M, Gianfranchi L, Menozzi C, et al. Role of autonomic reflexes in syncope associated with paroxysmal atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 1993;22:1123-1129.
7. Martini M, Gruppillo P. *Infermità cardio-vascolari e idoneità alla conduzione di veicoli*. Bologna, Monduzzi Ed. 1993, p. 127.
8. Miles WM. Driving issues related to arrhythmic syncope. *Cardiol Clin* 1997;15:327-339.
9. Binns H, Camm J. Driving and arrhythmias. *BMJ* 2002;324:927-928.

Indirizzo per la corrispondenza

Paolo Alboni
Divisione di Cardiologia
Ospedale Civile
44042 Cento (FE)
Tel.: 051-6838111
Fax: 051-6838471
E-mail: p.alboni@ausl.fe.it

TABELLA II Pazienti con fibrillazione atriale. Idoneità alle categorie C, D e E

• Pz con FA, idiopatica o con cardiopatia lieve, con frequenza cardiaca controllata, in assenza di complicanze (scompenso, sincope, embolie) e di manifestazioni ipocinetiche di rilievo	Idoneità
• Pz con cardiopatia conclamata e/o con le complicanze sopracitate	Non idoneità