

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

”VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA

FACULTATEA DE MEDICINĂ

DEPARTAMENTUL MEDICINĂ INTERNĂ I

ROȘCA I. CIPRIAN ILIE



TEZĂ DE DOCTORAT

**CORELAȚII CARDIO-NEUROLOGICE ÎN
FIBRILAȚIA ATRIALĂ PERMANENTĂ**

Conducător Științific

PROF. UNIV. DR. LIGHEZAN DANIEL FLORIN

Timișoara

2021

CUPRINS

LISTA LUCRĂRILOR PUBLICATE.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
LISTA ABREVIERILOR	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
INDEXUL FIGURILOR.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
INDEXUL TABELELOR	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
MOTO	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
DEDICAȚIE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
MULȚUMIRI	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
INTRODUCERE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
1. ISTORIC.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
2. IMPORTANȚA ȘI ACTUALITATEA TEMEI	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
3. OBIECTIVE (PREMIZE INIȚIALE)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
PARTEA GENERALĂ – STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII ...	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
1. NOȚIUNI GENERALE DESPRE FIBRILAȚIA ATRIALĂ.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
1.1 NOȚIUNI DE EPIDEMIOLOGIE A FIBRILAȚIEI ATRIALE ȘI A ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL CARDIO-EMBOLIC.....	Error! Bookmark not defined.
1.2 DEFINIREA FIBRILAȚIEI ATRIALE	Error! Bookmark not defined.
1.3 IMPLICAREA FACTORILOR DE RISC	Error! Bookmark not defined.
1.4 ABORDAREA PACIENTULUI CU FIBRILAȚIE ATRIALĂ.....	Error! Bookmark not defined.
1.4 ELEMENTE DE TERAPIE.....	Error! Bookmark not defined.
1.4.1 Tratamentul anticoagulant.....	Error! Bookmark not defined.
1.4.2 Controlul ritmului cardiac.....	Error! Bookmark not defined.
1.4.3 Controlul frecvenței cardiace	Error! Bookmark not defined.
2. LEGĂTURA DINTRE FIBRILAȚIA ATRIALĂ ȘI FACTORII DE RISC..	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
2.1 VÂRSTA.....	Error! Bookmark not defined.
2.2 SEXUL	Error! Bookmark not defined.
2.3 HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ.....	Error! Bookmark not defined.
2.4 INSUFICIENȚA CARDIACĂ	Error! Bookmark not defined.
2.5 BOALA CORONARIANĂ.....	Error! Bookmark not defined.
2.6 TULBURĂRILE METABOLISMULUI LIPIDIC.....	Error! Bookmark not defined.
2.7 DIABETUL ZAHARAT	Error! Bookmark not defined.
2.8 VALVULOPATIILE	Error! Bookmark not defined.
3. LEGĂTURA DINTRE FIBRILAȚIA ATRIALĂ ȘI BOLILE NEURO-PSIHICE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
4. LEGĂTURA DINTRE BOLILE NEURO-PSIHICE ȘI FIBRILAȚIA ATRIALĂ	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
PARTEA SPECIALĂ	7

1. MOTIVAȚIA STUDIULUI	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
2. OBIECTIVELE STUDIULUI	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
3. DESCRIEREA STUDIULUI (METODOLOGIE SPECIALĂ)	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
4. REZULTATELE STUDIULUI	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
4.1 Caracterizarea lotului.....	Error! Bookmark not defined.
4.2 Câteva detalii despre internările pacienților cu fibrilație atrială în perioada analizată	Error! Bookmark not defined.
4.3 Implicarea factorilor de risc în lotul de studiu	Error! Bookmark not defined.
4.4 Impactul vârstei, sexului și al mediului de proveniență asupra apariției modificărilor neuro-psihiice la pacientul cu fibrilație atrială.....	Error! Bookmark not defined.
4.5 Fibrilația atrială și AVC ischemic. Care dintre factorii de risc ai fibrilației atriale cresc riscul de apariție al AVC-ului ischemic?.....	Error! Bookmark not defined.
4.6 Fibrilația atrială și demența. Rolul factorilor de risc ai fibrilației atriale în apariția demenței	Error! Bookmark not defined.
4.7 Asocierea dintre prezența AVC și celelalte complicații neuro-psihiice evaluate în studiul nostru	Error! Bookmark not defined.
4.7.1 AVC și demență	Error! Bookmark not defined.
4.7.2 Asocierea dintre tipul de AVC și atrofia corticală respectiv declinul cognitiv.....	Error! Bookmark not defined.
4.7.3 Asocierea dintre tipul de AVC și boala Parkinson	Error! Bookmark not defined.
4.7.4. Asocierea dintre AVC și epilepsie la pacientul cu fibrilație atrială.....	Error! Bookmark not defined.
4.7.5 Asocierea dintre AVC și sindromul vertiginos, cefalee, boala bipolară, sindromul anxios-depresiv, insomnie	Error! Bookmark not defined.
4.8 Corelarea complicațiilor neuro-psihiice ale fibrilației atriale cu parametrii ecocardiografici uzuali	Error! Bookmark not defined.
4.8.1 FEVS determinată prin metoda Simpson.....	Error! Bookmark not defined.
4.8.2 Determinarea în mod 2D a dimensiunilor pereților ventriculului stâng și cavităților cardiace	Error! Bookmark not defined.
4.8.3 Estimarea presiunii sistolice în artera pulmonară	Error! Bookmark not defined.
4.9 Scorul CHA ₂ DS ₂ -VASC și complicațiile neuro-psihiice din fibrilația atrială.....	Error! Bookmark not defined.
4.10 Pot oare valorile sodiului seric și ale potasiului seric să ne aducă date suplimentare?	Error! Bookmark not defined.
4.11 Fibrinogenul, proteina C reactivă, acidul uric influențează riscul de apariție al AVC sau boli neuro-psihiice la pacienții cu fibrilație atrială?.....	Error! Bookmark not defined.
5. DISCUȚII	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
6. CONCLUZII FINALE	14
BIBLIOGRAFIE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXE.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXA I – AVIZ COMISIA DE ETICĂ A CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE DIN CARDUL UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA	
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	
ANEXA II – AVIZ CONDUCERE SPITAL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚĂ TIMIȘOARA	
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	

ARTICOLELE PUBLICATE IN EXTENSOERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

SELECTING THE RIGHT ANTICOAGULANT FOR STROKE PREVENTING IN ATRIAL FIBRILLATION ..**ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**

BENEFITS OF PRESCRIBING LOW-DOSE DIGOXIN IN ATRIAL FIBRILLATION**ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**

CUVINTE CHEIE: fibrilația atrială, complicații neuro-psihiice, accident vascular cerebral, demență

INTRODUCERE

Chiar dacă subiectul fibrilației atriale este unul intens discutat el rămâne de actualitate prin lipsa unor protocoale de screening al pacienților predispuși să dezvolte fibrilație atrială ca și complicație a condițiilor patologice, precum și prin lipsa unor metode curative eficiente astfel încât întregul corolar de complicații neuro-psihiice asociate evoluției în timp a fibrilației atriale să poată fi stopat.

Cercetările actuale au evidențiat implicarea unor factori de risc ca vârsta, sexul masculin, diabetul zaharat, insuficiența cardiacă în apariția fibrilației atriale (FA). Implicarea acestora este în curs de evaluare fiind încă necesare studii clinice ample pentru a putea stabili gradul lor de implicare în geneza și autoîntreținerea fibrilației atriale.

Multiplele studii aduc date contradictorii despre impactul comorbidităților și al tratamentului acestora.

Metforminul, tiazolidionele, dapaglifozinul par a avea efect protectiv în ceea ce privește apariția fibrilației atriale la pacienții diabetici.

Tratamentul anticoagulant este în acest moment una dintre cele mai eficiente în prevenirea accidentului vascular cerebral embolic (AVCE) implicând costuri relativ scăzute. Multiple studii au demonstrat eficiența anticoagulării în prevenirea AVCE fie folosind anticoagulate anti vitamină K fie folosind anticoagulate directe. Cu toate

acestea anticoagularea nu este pe deplin eficientă existând evenimente cardio-embolice dar și evenimente cerebrale hemoragice (ca o complicație a anticoagulării). De aici întrebarea legitimă, putem oare prevedea aceste evenimente altfel decât folosind actualele instrumente (scorurile de risc de sângerare sau de apariție a AVCE)? Am putea identifica mai bine pacienții care prezintă riscul de a dezvolta ca o evoluție naturală a fibrilației atriale AVC, modificări degenerative ale substanței cerebrale, modificări cognitive, depresie?

Ghidul European de Management al Fibrilației Atriale recomandă restaurarea ritmului sinusal ori de câte ori este posibil având drept scop creșterea calității vieții pacientului prin reducerea sau dispariția simptomelor legate de prezența fibrilației atriale.

Pentru restaurarea ritmului sinusal trebuie să se folosească diverse abordări terapeutice adesea chiar în combinație.

Controlul frecvenței cardiace ar trebui utilizat doar dacă restaurarea ritmului sinusal nu poate fi făcută.

Terapia personalizată pare a fi cheia succesului controlului acestei patologii. Utilizarea caracteristicilor clinice ale pacientului, interpretarea în dinamică a biomarkerilor, elucidarea neinvazivă a substratului (ecocardiografic, CT cardiac, RMN cardiac) contribuie la o amendare cât mai eficientă a procesului fiziopatologic care stă la baza apariției precum și a menținerii acestei aritmii.

PARTEA GENERALĂ

Această parte a lucrării este structurată în patru capitole și realizează o succintă prezentare a datelor referitoare la fibrilația atrială și complicațiile neuro-psihice ale acesteia.

Primul capitol al părții generale evidențiază aspecte legate de epidemiologia fibrilației atriale și a accidentului vascular cardio-embolic, definește fibrilația atrială și

trece în revistă clasificarea ei conform ghidului european de management al fibrilației atriale din anul 2020 al Societății Europene de Cardiologie precum și rolul factorilor de risc în apariția ei.

Secțiunea dedicată factorilor de risc din acest capitol cuprinde atât factorii considerați deja clasici în apariția fibrilației atriale însă și factori asupra cărora încă există discuții sau dovezile care să ateste legătura dintre ei și fibrilația atrială nu sunt încă suficient de concludente.

În continuarea primului capitol sunt menționate aspecte legate de noua abordare a pacientului cu fibrilație atrială propusă de ghidul de management al fibrilației atriale din 2020 precum și elementele de terapie ale fibrilației atriale.

Capitolul al doilea al părții generale detaliază aspectele legate de cei mai frecvenți 8 factori de risc întâlniți la pacienții cu fibrilație atrială evidențiind dovezile actuale care atestă legătura directă dintre existența lor și apariția fibrilației atriale.

În capitolul al treilea sunt detaliate aspectele privitoare la corelațiile dintre fibrilația atrială și complicațiile neuro-psihiice.

Existența unei legături între apariția bolilor neuro-psihiice anterior fibrilației atriale și declanșarea fibrilației atriale a fost analizată în capitolul al patrulea al părții generale.

PARTEA SPECIALĂ

Fibrilația atrială este o tulburare de ritm ce afectează milioane de oameni, iar numărul pacienților nou diagnosticați crește în mod constant, crescând totodată și costurile sistemelor de sănătate pentru îngrijirea acestor pacienți.

Fibrilația atrială este responsabilă de o morbiditate și mortalitate în continuă creștere, pe fondul unor complicații debilitante apărute de-a lungul istoriei naturale a acesteia sau produse de tratament.

Înțelegerea mecanismelor patogenice, recunoașterea și contracararea factorilor de risc ai fibrilației atriale sunt deziderate de netăgăduit dacă dorim să diminuăm povara indusă de aceasta dar mai ales de complicațiile ei.

Încetinirea progresiei bolilor care pot constitui un substrat în apariția fibrilației atriale trebuie să fie un scop al fiecărui medic ce îngrijește pacienți cu patologii medicale. Recunoașterea acestor patologii, tratarea și monitorizarea evoluției lor poate fi prima piedică în apariția fibrilației atriale. Odată cu agravarea lor medicul practician trebuie să aibă în vedere căutarea activă (screeningul) a fibrilației atriale cu scopul introducerii terapiei anticoagulante precum și a celei menite să restaureze și să mențină ritmul sinusal.

Depistarea episoadelor paroxistice de fibrilație atrială asimptomatică prin diverse dispozitive (monitorizare Holter EKG pentru 24 de ore, telefoane și ceasuri inteligente, diverse alte dispozitive medicale sau nemedicale) trebuie să fie făcută cât mai repede posibil pentru a evita apariția complicațiilor embolice cerebrale (printre care, dar nu exclusive, sunt accidentul vascular cerebral ischemic, demențele, depresia), iar armele pe care le avem la dispoziție în acest moment sunt terapia anticoagulantă și cea de restaurare și menținere a ritmului sinusal.

Studiul nostru își propune următoarele obiective:

- obiectivul primar al acestui studiu este identificarea elementelor a căror existență predispune la apariția complicațiilor neuro-psihiice la pacientul cu fibrilație atrială.
- obiectivele secundare ale acestui studiu sunt reprezentate de:
 - determinarea perioadei de timp din evoluția diverșilor factori de risc necesare pentru apariția fibrilației atriale
 - determinarea avantajelor folosirii unor medicamente în detrimentul altora, cu scopul amânării cât mai mult timp posibil a complicațiilor neuro-psihiice

- înțelegerea nevoilor de screening ale fibrilație atriale în patologii care pot fi complicații ale fibrilației atriale dar care au apărut în evoluția stării de sănătate a pacientului aparent fără niciun motiv

Pentru realizarea acestor obiective am desfășurat un studiu de tip retrospectiv în cadrul Clinicii de Medicină Internă a Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara, pe toți pacienții externăți în perioada 01 ianuarie 2015 – 31 decembrie 2016, înrolați consecutiv (în funcție de data externării) folosind ca singur criteriu de includere menționarea diagnosticului de fibrilație atrială printre diagnosticele de externare. Astfel a rezultat un lot de 1111 subiecți.

Acești pacienți au fost ulterior împărțiți în 2 subloturi pe baza diagnosticului formulat la externare. Astfel un lot a cuprins toți pacienții externăți cu diagnosticul de fibrilație atrială paroxistică (lotul 1) și cuprinde 388 de pacienți din care 192 de femei reprezentând 49% din totalul subiecților. Cel de-al doilea lot a cuprins pacienții externăți cu diagnosticul de fibrilație atrială permanentă fiind înrolați 723 pacienți din care 387 de femei reprezentând 54% din totalul subiecților.

În perioada analizată proporția reinternărilor este de aproximativ o treime din totalul internărilor pentru fibrilație atrială, Pentru studiul nostru însă nu au fost analizate decât datele aferente primei prezentări cu fibrilație atrială în perioada analizată.

Am analizat următoarele aspecte ale lotului nostru:

- date demografice: sexul, vârsta, mediul de proveniență, decesul intraspitalicesc
- date antropometrice (înălțime, greutate, indicele de masă corporală)
- conformațiile particulare toracice: astenic, emfizematos, în butoi
- informațiile legate de modul de internare (prin serviciul urgență, sau ca internare programată), starea la internare a pacientului;
- comorbiditățile asociate și momentul debutului față de data primului diagnostic de FA: bronhopneumopatia obstructivă cronică, astmul bronșic, insuficiența cardiacă, hipertensiunea arterială, sindromul coronarian cronic (fiind analizate angina pectorală stabilă - clasificată conform clasificării canadiene, precum și cea instabilă, istoricul de infarct miocardic), valvulopatiile, hipertensiunea arterială pulmonara

(estimată ecocardiografic), diabetul zaharat, hiperuricemia, dislipidemia, boala cronică de rinichi, anemia;

- prezența sau absența complicațiilor neuro-psihiice, momentul de diagnostic al acestora față de primul diagnostic de fibrilație atrială, impactul internărilor multiple asupra lor (aici fiind analizate AVC, deteriorarea cognitivă, demența, boala Parkinson, epilepsia, sindromul anxios-depresiv, depresia);
- constantele sanguine hematologice sau biochimice (hemoleucograma, viteza de sedimentare a hematiilor, fibrinogenul, proteina C reactivă, acidul uric, sideremia, glicemia, creatinina serică și rata de filtrare glomerulară estimată prin formula Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, sodiul seric, potasiul seric, colesterolul seric total, HDL colesterolul, LDL colesterolul, trigliceridele serice);
- următorii parametri ecocardiografici: dimensiunea atriului stâng și drept, ventriculului drept, diametrul telediastolic respectiv telesistolic al ventriculului stâng, fracția de ejeție a ventriculului stâng, funcția diastolică a ventriculului stâng, prezența regurgitărilor sau a stenozei valvulare, viteza maximă a regurgitării tricuspidiene, presiunea sistolică în artera pulmonară.

Analiza statistică a datelor a pus în evidență aspecte demonstrate și de alte studii însă și aspecte diferite.

Vârsta este semnificativ crescută pentru pacienții cu fibrilație permanentă comparativ cu pacienții cu fibrilație atrială paroxistică.

În ceea ce privește mediul de proveniență al pacienților s-a constatat că pentru lotul de fibrilație atrială permanentă nu există diferențe importante statistic. Pentru lotul de fibrilație atrială paroxistică proporția pacienților din mediul urban este semnificativ crescută, viața în mediu urban reprezentând un factor de risc semnificativ pentru fibrilația atrială paroxistică.

Pentru lotul nostru există câteva elemente a căror prezență are valoare semnificativă statistică în favoarea fibrilației atriale permanente (boala cronică de rinichi, infarctul miocardic, cardiomiopatia dilatativă, hipercolesterolemia, boala arterială periferică).

Pentru lotul de pacienți cu fibrilație permanentă inclus în studiul prezent infarctul miocardic, hipercolesterolemia și vârsta înaintată sunt factori predictivi (de risc) cu semnificație statistică.

Tulburările neuro-psihiice investigate în cadrul studiului nostru sunt reprezentate de accidentul vascular cerebral ischemic, accidentul vascular cerebral hemoragic, demență, epilepsie, boală parkinson, atrofie corticală, lacunarism cerebral, insuficiența circulatorie vertebro-bazilară, sindromul vertiginos, cefaleea.

Pacienții cu FA paroxistică au un risc crescut de a avea modificări neuro-psihiice cu un factor de 1.848 față de pacienții cu fibrilația atrială permanentă. Cu alte cuvinte, grupul de pacienți cu fibrilație atrială paroxistică are o șansă cu 84.8% mai mare de avea modificări neuro-psihiice față de grupul de pacienți cu fibrilație atrială permanentă.

Pacienții de sex masculin au un risc crescut de a avea modificări neuro-psihiice cu un factor de 1.657 față de pacienții de sex feminin, astfel că grupul de bărbați are o șansă cu 65.7% mai mare de avea modificări neuro-psihiice față de grupul de femei.

Riscul de modificări neuro-psihiice este mai mare pentru un pacient vârstnic. Pentru o creștere cu o unitate în vârstă, șansa de apariție a modificărilor neuro-psihiice este crescută de un factor de 1.041 ceea ce semnifică faptul că o creștere cu o unitate în vârstă este asociată cu o șansă cu 4.1% mai mare de avea modificări neuro-psihiice.

În prezența fibrilației atriale (indiferent dacă este paroxistică sau permanentă) în urma prelucrării prin regresie logistică folosind metoda Enter a datelor obținute din lotul nostru putem concluziona că obezitatea, ateromatoza, boala arterială periferică și vârsta înaintată sunt predictori semnificativi ai apariției accidentului vascular cerebral ischemic.

Aplicând aceeași analiză statistică separat pentru cele două loturi observăm că factorii predictivi pentru apariția accidentului vascular cerebral la pacienții cu fibrilație atrială diferă în cea paroxistică față de cea permanentă. Astfel în prezența fibrilației atriale paroxistice boala cronică de rinichi, obezitatea și vârsta înaintată sunt factori

predictivi spre deosebire de fibrilația atrială permanentă unde boala arterială periferică și ateromatoza sunt factorii predictivi ai apariției accidentului vascular cerebral.

Privind cele 2 loturi ca un tot unitar (toți pacienții incluși în lotul de studiu) supraponderea și/sau obezitatea, infarctul miocardic, sindromul coronarian cronic (cardiopatia ischemică), hipertrigliceridemia, hiper LDL colesteroemia, dislipidemia mixtă, hipertensiunea arterială, ateromatoza și arteriopatia sunt patologii semnificativ asociate prezenței AVC ischemic.

Pentru pacienții înregistrați cu fibrilație atrială paroxistică incidența mai mare a accidentului vascular cerebral ischemic este în prezența factorilor enunțați mai sus cu 2 observații: obezitatea și supraponderea nu influențează apariția accidentului vascular cerebral însă hipercolesterolemia are un rol important în apariția accidentului vascular cerebral ischemic.

În ceea ce privește pacienții cu fibrilație atrială permanentă accidentul vascular cerebral se însoțește în mod semnificativ de prezența hipertrigliceridemie, hiper LDL colesteroemiei, dislipidemie mixte, ateromatozei și arteriopatiei. Pacienții cu fibrilație atrială permanentă cu valori normale ale trigliceridelor serice au o incidență mai scăzută a accidentului vascular cerebral spre deosebire de cei cu hipertrigliceridemie care dezvoltă această complicație mai frecvent. Analizând prezenta LDL colesterolului la pacienții cu fibrilație atrială permanentă putem afirma că valorile normale ale acestuia asociază mai rar accident vascular cerebral ischemic chiar dacă fibrilația atrială este prezentă spre deosebire de pacienții cu hiper LDL colesteroemie care dezvoltă mai frecvent accident vascular cerebral ischemic. Dislipidemia mixtă absența ei se asociază cu o rată mai mică a accidentului vascular cerebral ischemic la pacienții cu fibrilație atrială permanentă, însă prezența ei are un impact nefavorabil asupra incidenței accident vascular cerebral ischemic prin creșterea semnificativ statistic a numărului de accidente vasculare cerebrale ischemice.

Demența, o altă complicație de temut a fibrilației atriale, este de asemenea influențată de prezența unor factori de risc suplimentari care să se suprapună existenței fibrilației atriale. În cazul pacienților cu fibrilație atrială paroxistică semnificație în

apariția demenței au sindromul coronarian cronic și astmul bronșic. Creșterea indicelui de masă corporală peste limita superioară a normalului (supraponderea și obezitatea) par a avea rol protectiv în apariția demenței la pacientul cu fibrilație atrială permanentă, pe când dislipidemia mixtă și ateromatoza sunt comorbidități care asociate fibrilației atriale permanente cresc semnificativ riscul de apariție al demenței. Sindromul coronarian cronic (cardiopatia ischemică) adaugă un risc semnificativ apariției demenței la pacientul cu fibrilație atrială paroxistică comparativ cu pacienții diagnosticați cu fibrilație atrială paroxistică în absența cardiopatiei ischemice. Astmul bronșic s-a dovedit a fi un factor de risc suplimentar fibrilației atriale paroxistice în apariția demenței.

În lotul pacienților cu fibrilație atrială permanentă din acest studiu prezența unui indice de masă corporală crescut (peste valoarea de $25\text{Kg/m}^2\text{s.c.}$) are un rol semnificativ de protecție în apariția demenței.

Pentru lotul analizat au fost decelate corelații semnificative statistic între prezența accidentului vascular cerebral și epilepsie, atrofia corticală, lacunarismul cerebral, declinul cognitiv, boala Parkinson, demențe (altele decât boala Parkinson), vertij, sindromul anxios-depresiv, insomnie însă nu au putut fi stabilite semnificații statistice pentru boala bipolară, insuficiența circulatorie vertebro-bazilară, cefalee.

Pentru accidentele vasculare cerebrale ischemice decelate la examinare prin tomografie computerizată a craniului s-a determinat existența unei semnificații statistice în cazul alterării fracției de ejeție.

Pentru majoritatea parametrilor ecocardiografici nu au fost decelate modificări semnificative statistic decât cu câteva excepții: lacunarismul cerebral analizat cu AS; vertijul analizat cu valorile DTD, DTS, VTD; sindromul anxios-depresiv corelat cu VTD, VTS; depresia corelată cu VD.

Prelucrarea statistică a valorilor scorului $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ legat de complicațiile neuro-psihiice a relevat următoarele semnificații statistice: pentru AVC decelate la examen CT cranian, atrofia corticală, lacunarismul cerebral, declinul cognitiv și boala Parkinson, pentru relația cu sindromul anxios-depresiv precum și în cazul sindromului

depresiv. Următoarele corelațiile au putut fi găsite între scorulu CHA_2DS_2-VASc și unii parametrii ecocardiografici :valorile SIV variază în același sens (SIV crescute/scăzute semnificativ pentru CHA_2DS_2-VASc crescut sau scăzut), valorile PPVS variază în același sens (PPVS crescute/scăzute semnificativ pentru CHA_2DS_2-VASc crescut sau scăzut), valorile DTS variază în sens opus cu valorile CHA_2DS_2-VASc , adică DTS sunt crescute/scăzute semnificativ pentru CHA_2DS_2-VASc scăzut/crescut - corelație inversă, semnificativă și slabă, aceeași direcție inversă de variație s-a observat și pentru VTD, valorile PSAP variază în același sens cu valorile CHA_2DS_2-VASc - corelație directă, semnificativă și slabă.

CONCLUZII FINALE

Legătura inseparabilă dintre inimă și creier nu trebuie omisă niciodată iar abordarea interdisciplinară a patologiei cardio-cerebrale este cheia calității vieții pacienților ambelor specialități medicale (cardiologie și neurologie/psihiatrie).

Cardiologul trebuie să cunoască complicațiile neurologice ale bolilor cardiace iar neurologul trebuie să cunoască sursele cardiace ale bolilor neurologice.

La pacienții cu fibrilație atrială tratamentul anticoagulant asociat încercărilor de control al ritmului cardiac, iar dacă acest aspect nu este realizabil, și/sau al frecvenței cardiace poate încetini evoluția nefastă din punct de vedere neurologic al pacientului prin întârzierea cât mai mult a instalării demenței.

Controlul oprim al factorilor de risc ai fibrilație atriale pare a fi al patrulea pilon al tratamentului pacienților cu fibrilație atrială [1]. Ceilalți piloni de căpătâi sunt tratamentul anticoagulant, controlul ritmului iar dacă acesta nu poate fi obținut intervine controlul frecvenței ventriculare.

Pacienții cu fibrilație atrială care au experimentat în evoluția lor un accident vascular cerebral (indiferent dacă acesta este ischemic tranzitor, hemoragic sau ischemic) necesită monitorizare atentă pentru a putea amenda terapeutic manifestările

deteriorării cognitive însă și mai important necesită regândirea schemelor terapeutice pentru controlarea eficientă a celorlalți factori de risc.

Evaluarea cardiologică este necesară la pacienții cu patologie neurologică a cărui substrat nu a fost încă elucidat. Efectuarea ecografiei cardiace pentru detectarea eventualelor surse emboligene este o necesitate. Monitorizările Holter EKG pentru 24-72 ore sau chiar mai îndelungate sau repetate poate descoperi originea aritmică a acestora.

Diagnosticul de AVC criptogen ar trebui să fie o ultimă variantă a cărei folosire să fie făcută după intense încercări de documentare aritmică a accidentului vascular mai ales în prezența unor manifestări mult bagatelizate ca vertijul, cefalee sau chiar depresia.

Monitorizarea periodică prin înregistrare Holter EKG/24 de ore la pacienții cu insuficiență cardiacă este necesară pentru documentarea episoadelor de FA paroxistică și inițierea tratamentului anticoagulant cu scopul prevenirii AVC ischemic. Chiar și în absența decelării de FA la monitorizarea Holter EKG/24 de ore pacienții cu IC cu fracție de ejeție scăzută pot beneficia de reducerea incidenței AVC cardio-embolic sub tratament anticoagulant.

Evaluarea neurologică alături de imagistica cerebrală de înaltă sensibilitate trebuie să devină o rutină la pacienții cu patologie cardiacă generatoare de emboli (chiar dacă nu este vorba de fibrilație atrială) cu scopul realizării prevenției secundare sau terțiare optime cu medicație anticoagulantă.

Folosirea medicației anticoagulante trebuie să intre în rutina medicului clinician indiferent de specialitatea acestuia, iar frica de efectele adverse hemoragice ale acestei medicații nu trebuie exagerată.

Limitările acestui studiu sunt date de:

- caracterul retrospectiv, fiind analizate datele așa cum au fost ele obținute pe parcursul internării fără a avea o procedură standardizată de evaluare și tratament a pacienților cu fibrilație atrială la nivelul Clinicii

- lipsa investigațiilor imagistice cranio-cerebrale de înaltă sensibilitate efectuate de rutină pacienților cu fibrilație atrială poate sta la baza omiterii de accidente vasculare cerebrale asimptomatice
- efectuarea în regim de urgență a CT cerebral este cea mai utilizată metodă imagistică cranio-cerebrală însă sensibilitatea acesteia este limitată în decelarea microhemoragiilor cerebrale, leucoarariozei cerebrale.

