Linee guida 2014 sulla fibrillazione atriale

Data 14 settembre 2014
Categoria cardiovascolare

Le nuove linee guida americane sulla fibrilalzione atriale contengono alcune novità rispetto a quelle del 2011.

Sono state pubblicate le linee guida 2014 sulla fibrillazione atriale da parte delle società cardiologiche americane (American College of Cardiology, American Heart Association, Heart Rhythm Society).

Nel breve spazio di una pillola ci limiteremo a riportare una sintesi dei punti che ci sembrano più significativi, invitando i lettori alla consultazione del documento originale.

La fibrillazione atriale viene suddivisa in 4 tipi principali:

1) FA parossistica: se l'episodio termina spontaneamente o con trattamento in 7 giorni; può recidivare con frequenza variabile

2) FA persistente: se dura da più di 7 giorni

3) FA persistente di lunga durata: se dura da più di 12 mesi

4) FA permanente: quando si decide di non usare più terapie per ripristinare o mantenere il ritmo sinusale e si accetta l'aritmia, decidendo di trattare solo l'eccessiva frequenza e il rischio tromboembolico.

La terapia antitrombotica deve basarsi sul rischio tromboembolico del paziente e non sul tipo di FA, quindi indipendentemente dal fatto che sia parossistica, persistente o permanente.
Questo trattamento si deve instaurare quando il CHA2DS2-VASc score è uguale o superiore a 2.
I farmaci antitrombotici possono essere: warfarin, dabigatran, rivaroxaban, apixaban.
Nel caso il paziente con FANV debba essere sottoposto a rivascolarizzazione coronarica (stent coronarico o by-pass) è ragionevole aggiungere al trattamento antitrombotico clopidogrel 75 mg/die, omettendo l'ASA.
Nel caso di fibrillazione atriale valvolare la terapia di scelta è il warfarin.

L'ablazione transcatetere è raccomandata nei pazienti con FA parossistica sintomatica che non rispondono alle terapie farmacologiche, in quelli con FA parossistica ricorrente sintomatica, in quelli con FA persistente sintomatica che non rispondono o non tollerano il trattamento farmacologico.
L'ablazione transcatetere non deve, però, essere effettuata con il solo scopo di evitare la terapia antitrombotica.

Chedire?

Le nuove linee guida consigliano un intervento antitrombotico aggressivo per ridurre il rischio di tromboembolismo sistemico, soprattutto cerebrale. Infatti l'inizio della terapia antitrombotica deve basarsi non tanto sul tipo e sulla durata dell'aritmia quanto sul rischio tromboembolico del singolo paziente.
I nuovi anticoagulanti orali (NAO) vengono raccomandati come farmaci con pari dignità del warfarin, in questo recependo gli ultimi studi che hanno dimostrato che i NAO sono efficaci almeno quanto il warfarin per la prevenzione del rischio tromboembolico nella FANV, avendo un minor rischio di eventi emorragici e di ictus emorragico in particolare.
Le indicazioni di quale paziente avviare all'ablazione transcatere sono indirizzate solo a pazienti con varie forme di FA "sintomatica". Tale opzione non deve, invece, essere effettuata in pazienti asintomatici che rispondono alle terapie farmacologiche con il solo scopo di evitare il trattamento antitrombotico. Una posizione che ci sembra abbastanza ragionevole, anche se, in realtà, su questa metodica esistono ancora dubbi che una recente analisi del British Medical Journal ha esplicitato .

RenatoRossi

Bibliografia

1. January CT et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society Circulation 2014 Mar 28;

2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5939

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 2/11/2026 alle ore 17:28 | Pagina 1 di 1