



Fibrillazione atriale: linee guida 2019 - Parte seconda

Data 17 febbraio 2019
Categoria cardiovascolare

Le linee guida 2019 sulla fibrillazione atriale introducono alcune novità rispetto a quelle precedenti del 2014.

Gli aggiornamenti 2019 delle linee guida AHA/ACC/HRS sulla fibrillazione atriale sono stati riassunti in parte in una pillola precedente .

Altri aspetti saranno esaminati in questa sede.

La **prevenzione del cardioembolismo** in pazienti in cui si attua una cardioversione elettrica o farmacologica prevede di distinguere se la fibrillazione o il flutter atriale hanno una durata $>= 48$ ore (o una durata sconosciuta) oppure una durata inferiore a 48 ore.

Nel primo caso si consiglia una terapia con warfarin o un NAO per 3 settimane prima della cardioversione e per almeno 4 settimane dopo la procedura. In seguito la necessità della terapia anticoagulante deve considerare il rischio tromboembolico ed emorragico del paziente.

Se è necessaria una cardioversione urgente a causa di una instabilità emodinamica la terapia anticoagulante va iniziata il prima possibile.

Se il paziente non era in trattamento anticoagulante si raccomanda, prima della cardioversione, di eseguire un ecocardiogramma transesofageo e di eseguire la cardioversione se non vi sono trombi. Anche in questo caso la terapia anticoagulante va iniziata prima dell'ecocardiogramma e proseguita per almeno 4 settimane.

Nel caso la fibrillazione o il flutter atriale durino da meno di 48 ore si consiglia eparina o un NAO da iniziare il prima possibile e prima della cardioversione.

Un secondo aspetto preso in considerazione dalle linee guida è quello del paziente con **fibrillazione atriale sintomatica e scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta** . In pazienti selezionati di questo tipo si consiglia l'ablazione transcatetere al fine di ripristinare il ritmo sinusale.

Casi particolari sono quelli che riguardano pazienti con **fibrillazione atriale e sindrome coronarica acuta** . In questi soggetti si raccomanda una anticoagulazione se il CHA2Ds2 VASc score è $>= 2$. Nei pazienti sottoposti a PCI si preferisce la duplice terapia associando un antiaggregante inibitore del P2Y12 con warfarin, oppure con rivaroxaban o dabigatran. Se si ritiene necessaria una triplice terapia si associa anche ASA; però la triplice terapia andrebbe usata solo per 4-6 settimane dopo la PCI, cioè quando maggiore è il rischio di trombosi; poi i dovrebbe passare alla duplice terapia.

Nei pazienti con fibrillazione atriale e sindrome coronarica acuta e CHA2DS2VASc score di zero o 1 si può considerare una duplice terapia antiaggregante, valutando nel tempo la necessità di una terapia anticoagulante.

Nei pazienti con **ictuscriptogenetico** in cui l'elettrocardiogramma dinamico standard sia stato non risolutivo si deve valutare l'opportunità di impiantare un loop recorder per diagnosticare episodi silenti di fibrillazione atriale.

Infine le linee guida consigliano la **perdita di peso** nei pazienti con obesità o sovrappeso, insieme alla correzione di altri fattori di rischio.

RenatoRossi

Bibliografia

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=710>

2. January CT et al. 2019 AHA/ACC/RRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. Circulation. Pubblicato online il 28 gennaio 2019.