Fibrillazione atriale: linee guida 2020

Data 18 ottobre 2020
Categoria cardiovascolare

Una breve sintesi sulle linee guida della Società Europea di Cardiologia nella gestione della fibrillazione atriale.

Sono state pubblicate le linee guida 2020 sulla fibrillazione atriale (FA) da parte dell'European Society of Cardiology .

Di seguito una sintesi dei punti più importanti per il Medico di Medicina Generale.

La FA viene **classificata** in:

· FA di prima diagnosi
· FA parossistica: termina spontaneamente entro 7 giorni senza interventi terapeutici
· FA persistente: persiste oltre 7 giorni oppure termina con cardioversione dopo 7 giorni
· FA persistente di lunga durata: persiste per più di 12 mesi quando viene adottata una strategia di controllo del ritmo
· FA permanente: accettata dal paziente e dal medico senza tentativi di ripristino del ritmo

Termini da **abbandonare** sono: lone atrial fibrillation, FA valvolare e non valvolare, FA cronica.

Da un punto di vista **clinico** la FA viene distinta in:

· asintomatica
· sintomatica emodinamicamente stabile
· sintomatica emodinamicamente instabile

Il **trattamento** si basa su tre pilastri:

· prevenzione dell'ictus
· controllo dei sintomi (strategia controllo ritmo o frequenza)
· trattamento dei fattori di rischio associati

La **prevenzione dell'ictus** si basa sull'uso degli anticoagulanti: antagonisti della vitamina K (INR ottimale tra 2 e 3) o nuovi anticoagulanti orali o NAO (dabigatran, apixaban, rivaroxaban, edoxaban). Le linee guida consigliano i NAO come terapia di prima scelta.
La decisione se usare o meno la terapia anticoagulante si deve basare sul rischio trombotico valutato tramite lo **score CHA2DS2-VASc** e non sul tipo di FA.

Questo score assegna:

· 1 punto per ognuna delle seguenti voci: sesso femminile, età compresa tra 65 e 74 anni, diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, malattia cardiovascolare (coronaropatia, arteriopatia periferica, placca aortica)
· 2 punti per età maggiore >/= 75 anni, pregresso ictus, TIA o tromboembolismo.

Nei pazienti a basso rischio (punteggio = 0 negli uomini e 1 nelle donne) non è consigliata la terapia anticoagulante
Nei pazienti con score = 1 negli uomini e 2 nelle donne la terapia anticoagulante può essere presa in considerazione.
Nei pazienti con score > 1 negli uomini e > 2 nelle donne la terapia anticoagulante è raccomandata.

Va valutato anche il **rischio emorragico** con lo score HAS-BLED che assegna:

· 1 punto per ciascuna di queste voci: ipertensione non controllata (PAS > 160 mmHg), epatopatia, nefropatia, ictus ischemico o emorragico, storia di emorragia, INR instabile, età > 65 anni, abuso di alcolici. Uso di antiaggreganti o FANS.

Nel caso di soggetti a rischio emorragico elevato (punteggio >/= 3) non si deve omettere la terapia anticoagulante bensì ridurre i fattori di rischio modificabili e programmare dei controlli clinici frequenti.

Nei soggetti con **protesi valvolari meccaniche o stenosi mitralica moderata-grave** la terapia anticoagulante è sempre necessaria e sono raccomandati gli antagonisti della vitamina K.

Nei pazienti in cui gli anticoagulanti sono controindicati oppure in quelli che devono sottoporsi a chirurgia cardiaca la prevenzione dell'ictus si avvale della chiusura dell'appendice atriale.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 8:29 | Pagina 1 di 2

Il **controllo dei sintomi** si basa sul controllo della frequenza oppure sul ripristino del ritmo sinusale e successivo controllo del ritmo.
La gestione deve essere effettuata in stretta collaborazione con lo specialista cardiologo data la notevole complessità (scelta della strategia, delle metodiche e dei farmaci).

In questa sede ci limitiamo ad un breve riassunto, invitando chi è interessato a consultare le linee guida.

I farmaci usati per il **controllo della frequenza** sono: betabloccanti, calcioantagonisti non diidropiridinici, digoxina, amiodarone. L'obiettivo generalmente è quello di ottenere una frequenza cardiaca inferiore a 110 bpm; se con queste frequenze vi sono ancora sintomi o la situazione clinica va deteriorandosi, si consiglia come target una frequenza cardiaca inferiore a 80 bpm.

Il **controllo del ritmo** riduce i sintomi e migliora la qualità di vita: si avvale della cardioversione (elettrica o farmacologia) e del successivo uso di farmaci antiaritmici.
Per la prevenzione delle recidive si può ricorrere alla ablazione a radiofrequenze transcatetere (per esempio dopo fallimento della terapia antiaritmica o intolleranza ai farmaci antiaritmici).
I migliori candidati al controllo del ritmo sono: soggetti giovani, primo episodio di FA, assenza di comorbilità o patologie cardiache, difficoltà ad ottenere un soddisfacente controllo della frequenza, FA scatenata da un evento temporaneo. Va tenuto conto anche delle preferenze del paziente. Il controllo del ritmo ha meno probabilità di riuscire nei soggetti anziani, nella FA di lunga durata e nel caso di pregresso ictus/TIA.

Il terzo pilastro della gestione del paziente con FA è rappresentato dal **controllo e dal trattamento dei fattori di rischio**: obesità, abuso di alcol e caffeina, sedentarietà (consigliare ai pazienti di rimanere fisicamente attivi ma, soprattutto dopo i 50 anni, evitare attività troppo onerose), ipertensione, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, diabete, sindrome delle apnee notturne.

Le linee guida si occupano anche di alcune categorie di pazienti.

Particolarmente importanti sono i soggetti con **FA e cardiopatia ischemica** .
Nei soggetti con FA che vanno incontro ad una sindrome coronaria acuta e/o sono sottoposti a PCI si consiglia una duplice terapia con un NAO associato ad un inibitore del P2Y12 (preferibilmente clopidogrel) per 12 mesi nel caso di PCI dopo sindrome coronaria acuta, per 6 mesi dopo PCI per coronaropatia cronica. Successivamente si consiglia di continuare con il solo anticoagulante.
In alcuni soggetti a rischio trombotico elevato nella prima settimana dopo PCI si può ricorrere alla triplice terapia (ASA + NAO + clopidogrel). Da valutare caso per caso se necessaria triplice terapia per 1 mese.
Nel caso sia indicato, invece dei NAO, un inibitore della vitamina K si consiglia di mantenere un INR compreso tra 2 e 2,5.

Particolarmente difficile è la gestione dei pazienti con FA in trattamento anticoagulante che vanno incontro ad una **emorragiacerebrale** . In questi casi la reintroduzione dell'anticoagulante dopo la fase acuta (di solito 4 settimane) deve essere attentamente pesata valutando i risultati delle indagine radiologiche in collaborazione con cardiologi, neurologi e neurochirurghi, tenendo conto anche delle preferenze del paziente e dei loro familiari.

RenatoRossi

Bibliografia

1. Hindricks G et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal (2020) 00, 1-125