# Nuove linee guida 2024 sulla fibrillazione atriale - Parte terza

**Data** 22 settembre 2024
**Categoria** cardiovascolare

Sono state pubblicate le linee guida della ESC sulla gestione della fibrillazione atriale.

In questa pillola esamineremo le raccomandazioni delle linee guida 2024 ESC che riguardano la prevenzione dell'ictus e degli eventi tromboembolici nei pazienti con fibrillazione atriale (FA).
Infatti la FA è un importante fattore di rischio per ictus e altri eventi tromboembolici per cui è necessaria la terapia anticoagulante in tutti i pazienti, ad esclusione di quelli a basso rischio tromboembolico. Dopo cardioversione le linee guida raccomandano di prescrivere la terapia anticoagulante basandosi sul rischio tromboembolico del paziente, indipendentemente dal fatto che la procedura abbia o meno ripristinato il ritmo sinusale.

Gli antiaggreganti non sono idonei a questo scopo e non possono essere consigliati.

Per determinare il rischio tromboembolico le linee guida consigliano di usare il punteggio CHA-2 DS-2-VA, pur ammettendo i suoi limiti. Questo punteggio non tiene conto del sesso, rispetto a modelli di calcolo precedenti, in quanto questo parametro corre il rischio di complicare la pratica clinica. In pratica viene assegnato 1 punto per scompenso cardiaco, età 65-74 anni, diabete, ipertensione e malattia cardiovascolare e 2 punti per età >/= 75 anni e precedente TIA o ictus o tromboembolia arteriosa. La terapia anticoagulante è prevista per un punteggio >/= 2 e dovrebbe essere considerata anche per un punteggio = 1. Vi sono altri fattori di rischio che non sono compresi nel modello (come per esempio la ridotta funzionalità renale, il fumo, l'obesità, l'iperlipemia) che il medico dovrebbe considerare per una valutazionepersonalizzata.

Gli anticoagulanti orali diretti (DOAC) sono da preferire rispetto agli antagonisti della vitamina K perchè non necessitano di monitoraggio periodico e hanno un miglior rapporto benefici/rischi (efficacia antitrombotica paragonabile e minor rischio di emorragia intracranica). I DOAC possono essere usati anche nei portatori di valvole bioprotesiche e dopo impianto di valvola aortica trans-catetere. Gli anticoagulanti orali diretti devono essere usati a dosi standard e a dosi ridotte nei casi di grave insufficienza renale, in accordo con le raccomandazioni delle varie schede tecniche.

Gli antivitamina K sono consigliati nei soggetti con protesi valvolare meccanica e in quelli con stenosi mitralica moderata o grave. Negli altri casi di malattia valvolare i DOAC possono essere usati. Se il paziente è in trattamento con un antivitamina K è raccomandato un target di INR compreso tra 2 e 3 (il tempo in range dovrebbe essere del 70%). Nei pazienti che assumono un antivitamina K e che non sono in range terapeutico per almeno il 70% del tempo dovrebbero passare a un DOAC. Nei pazienti di età >/= 75 che assumono un antivitamina K e che sono in range terapeutico e con assunzione di altri farmaci dovrebbero continuare con questo trattamento e non passare a un anticoagulante orale diretto.

Nella FA subclinica (per esempio quella svelata da dispositivi) le linee guida ammettono che gli studi fin qui effettuati non hanno fornito risultati risolutivi e la durata e il carico dell'aritmia che potrebbero indicare un beneficio dell'anticoagulazione sono incerti: si consiglia la terapia con DOAC nei casi ritenuti a elevato rischio tromboembolico e se il rischio di emorragie maggiori è basso.

Le linee guida passano poi ad esaminare un aspetto particolare: l'associazione tra anticoagulanti e antiaggreganti. Tale associazione dovrebbe essere evitata, salvo i casi di malattia vascolare acuta (come per esempio una sindrome coronarica acuta). Questa associazione non è consigliata neppure in caso di pazienti con FA che vanno incontro a un ictus ischemico nonostante terapia anticoagulante. In tal caso non è consigliato neppure il passaggio da un anticoagulante a un altro (per esempio da un antivitamina K a un DOAC o da un DOAC a un altro).

L'occlusione percutanea dell'auricola sinistra è consigliata nei pazienti in cui esistono chiare controindicazioni alla terapia anticoagulante a lungo termine. L'occlusione chirurgica dell'auricola è consigliata come trattamento aggiuntivo alla terapia anticoagulante nei pazienti che si devono sottoporre a intervento cardiochirurgico o ad ablazione.

Infine le linee guida stressano il concetto che in tutti i pazienti in terapia anticoagulante deve essere valutato il rischio emorragico, anche se non consigliano uno strumento in particolare. I fattori di rischio emorragico modificabili devono essere trattati (per esempio trattamento dell'ipertensione e riduzione dell'assunzione di alcolici), si deve evitare l'associazione di anticoagulanti e antiaggreganti (se non indicata) e usare analgesici al posto dei FANS. Se il paziente ha fattori di rischio emorragico non modificabili si deve rivalutare frequentemente la necessità della anticoagulazione ma, di solito, questa non va sospesa in quanto generalmente il rischio tromboembolico è maggiore di quello emorragico e molte delle controindicazioni all'anticoagulante sono relative. In altre parole la decisione di sospendere l'anticoagulante va soppesata con attenzione perchè, notano le linee guida, esistono poche controindicazioni alla terapia anticoagulante, soprattutto quando si usano i DOAC. Per esempio questa terapia può essere ripresa anche dopo un'emorragia intra-cranica dopo che questa è cessata (se la fonte dell'emorragie è stata curata). L'uso dei PPI per prevenire le emorragie gastro-intestinali è comune nella pratica clinica ma le evidenze non sono robuste e le linee guida

suggeriscono di personalizzare tale scelta in base al rischio emorragico del singolo paziente.

**RenatoRossi**

**Bibliografia**

1. Van Gelder IC et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO).
European Heart Journal, ehae176, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176
Published: 30 August 2024